



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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                      |  |                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>CASTILLO                                                                                                              |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MAYORGA                                                                                                                            |  | NOMBRES<br>ESTEFANIA                                                                   |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1089683708 |  | GÉNERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                        |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |  |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               |  | NÚMERO                                                                                                                                                               |  | D.M.                                                                                   |  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 07 MES 04 AÑO 1996<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO QUINDÍO<br>MUNICIPIO ARMENIA                    |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 23 14 29 centro<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO QUINDÍO<br>MUNICIPIO GÉNOVA<br>TELÉFONO 3223428702 EMAIL castilloestefania867@gmail.com |  |                                                                                        |  |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                            |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                 |     |                   |     |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-----------------|-----|-------------------|-----|------|--|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA<br>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 |     | BÁSICA SECUNDARIA |     |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                   |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA           |     | FECHA DE GRADO    |     |      |  |
| 1°                                                                                                                                                                                         | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°             | MES | 11                | AÑO | 2015 |  |

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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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 VIGENTE |  |                  |         |     |         |                            |                 |     |  |     |  |
|---------------------------|--|------------------|---------|-----|---------|----------------------------|-----------------|-----|--|-----|--|
| EMPRESA O ENTIDAD         |  |                  | PÚBLICA |     | PRIVADA |                            | PAÍS            |     |  |     |  |
| DEPARTAMENTO              |  | MUNICIPIO        |         |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |     |  |     |  |
| TELÉFONOS                 |  | FECHA DE INGRESO |         |     |         |                            | FECHA DE RETIRO |     |  |     |  |
|                           |  | Día              |         | Mes |         | Año                        |                 | Día |  | Mes |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL   |  | DEPENDENCIA      |         |     |         |                            | DIRECCIÓN       |     |  |     |  |

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |         |      |         |      |                    |                 |  |      |  |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|------|--------------------|-----------------|--|------|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                  | PÚBLICA |      | PRIVADA |      | PAÍS               |                 |  |      |  |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |         |      |         |      | CORREO ELECTRÓNICO |                 |  |      |  |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |         |      |         |      |                    | FECHA DE RETIRO |  |      |  |
|                          |  |  | Día:             |         | Mes: |         | Año: |                    | Día:            |  | Mes: |  |
| 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            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

### OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| ESTEFANIA     |                | CASTILLO        | MAYORGA          |

Documento de identificación

Tipo  Número

Lugar de nacimiento

País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio

País  Departamento  Municipio

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

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -GENOVA

Lugar de sede

País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones:    Sí ☐    No ☒

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|-------------------------------------------|------|------------------|------|
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas:    Sí ☐    No ☒

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente:    Sí ☐    No ☒

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
|               |                |                 |                  |

Tipo documento     Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: 

Sí ☐ No ☒

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: 

Sí ☐ No ☒

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:      Sí ☐      No ☒

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí ☐      No ☒

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
|                |       |
|                |       |
|                |       |
|                |       |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí ☐      No ☒

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

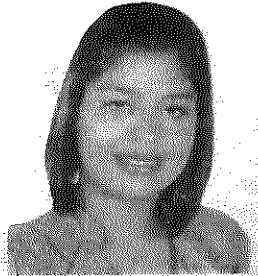
NÚMERO **1.099.683.708**  
**CASTILLO MAYORGA**

APELLIDOS  
**ESTEFANIA**

NOMBRES

*Estefania castillo*

FIRMA



ÍNDICE (DERECHO)

FECHA DE NACIMIENTO **07-ABR-1996**

**GENOVA**  
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58 O+**

ESTATURA G.S. RH

**F**

SEXO

**09-ABR-2014 GENOVA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

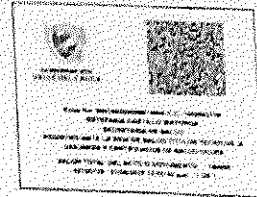
*Carlos Arold Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AROLD SÁNCHEZ TORRES



P-2604000-00577323-F-1099683708-20140526

0038804202A 1

41352491



1.220.30-03.01

RESOLUCIÓN No. 763423  
FECHA: 09 de Mayo de 2025

Por la cual se concede una autorización para el Desempeño de una Profesión en el área de la salud

La Secretaría de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, y

#### CONSIDERANDO

Que ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA identificada con Cédula de ciudadanía No. 1099683708, ha solicitado autorización para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA según título otorgado por INSTITUTO TÉCNICO EDUCANDO A COLOMBIA INTEC, el 14 de Diciembre de 2024

Que dicho título se encuentra anotado en el Folio y diploma No.5901, Libro de la institución. En consideración este despacho.

#### RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA en todo el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

MARIA-CRISTINA LESMES DUQUE  
Secretaria de Salud Departamental

Proyectó y elaboró: Miryan E Perdomo B – Profesional Universitario  
Revisó y aprobó: Sandra Misneza – Líder de Programa

Resultado General - 2025-11-01 4:48:41 PM

| Tipo Identificación |  | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles |  |
|---------------------|--|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|----------|--|
|---------------------|--|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|----------|--|

|    |            |           |          |         |         |                     |
|----|------------|-----------|----------|---------|---------|---------------------|
| CC | 1099683708 | ESTEFANIA | CASTILLO | MAYORGA | Vigente | <a href="#">Ver</a> |
|----|------------|-----------|----------|---------|---------|---------------------|

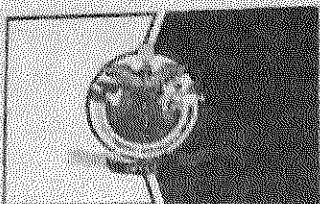
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) sector(a) ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA identificado(a) con CC 1099683708 registra la siguiente información:

2025-11-01 4:48:41 PM

Información Académica

|            |       |                                           |            |        |                                                 |  |  |
|------------|-------|-------------------------------------------|------------|--------|-------------------------------------------------|--|--|
| [REDACTED] |       |                                           |            |        |                                                 |  |  |
| AUX        | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2025-05-09 | 763423 | DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE |  |  |

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).



**INstituto Técnico Educando a Colombia**

Educación para el trabajo y el desarrollo humano  
Ley 1064 de 2006. En conformidad con el decreto 4404 de 2010  
Ministerio de Educación Nacional. Concepto Técnico Laboral  
de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

Según acuerdo 02099 de Mayo 05 de 2010  
Licencia de Funcionamiento 01910 de septiembre 12 de 2017  
Registro del Programa 02651 de noviembre 07 de 2017

# CERTIFICA

La Aptitud Ocupacional por Competencias

De:

*Estefania Castillo Mayorga*

D.E.N.º 1099653 DE 2017

EN EL PROGRAMA

## TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria total 1100 horas lectivas

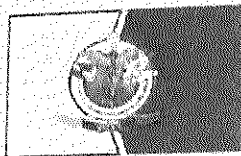
Dado en: Zarzal - Valle A los 11 Días del Mes de



*[Signature]*  
Gisela Noriega Zúñiga  
Coordinadora Intec Zarzal



Anotado en el Libro de Fichas en el Taller de Fichas  
USTED COMO PERSONA QUE SUSCITA INTERÉS



INstituto Técnico Educando a Colombia

## ACTA DE CERTIFICACIÓN CT- 5901

En el Municipio de Zarzal - Valle el día 14 de diciembre de 2024 se llevó a cabo el acto de certificación, Precedido por el Director Académico, en el cual el Instituto Técnico Educando a Colombia, confirió el certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL:

# TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

**A:** *Estefanía Castillo Mayorga*

Identificado (a) con D.I. N° 1.099.683.708 de Genova (Quindío) quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias en el Reglamento y las normas Legales: y le otorga el Certificado No. 5901 que lo (la) acredita como tal.

El Instituto está autorizado para conferir este certificado mediante la licencia de funcionamiento No. 01910 del 12 de Septiembre de 2017, Acuerdo 0209 del 05 de mayo de 2010 por el Ministerio de la Protección Social, Resolución del Programa N° 02651 de 07 de Noviembre de 2017 por la S.E.M. y según Personería jurídica 0311 del 18 de Septiembre de 1998

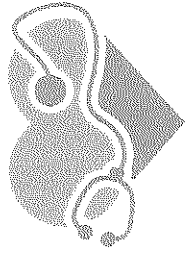
En Fe de lo anterior se firma la presente Acta de certificación en Zarzal- Valle el 14 de diciembre de 2024

Firmado por:

**Claudia Ximena Zabala**  
Coordinadora Intec Zarzal

**Gonzalo Hernández Páez**  
Director Académico

Es fiel Copia tomada del Acta original, en lo pertinente  
Municipio de Zarzal-Valle, 14 de diciembre de 2024



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1.099.683.708

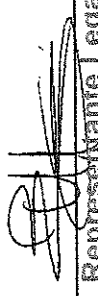
Asistió y finalizó **CURSO BÁSICO** en:

## Atención a Víctimas de Violencia Sexual con Enfoque diferencial - Código Fucsia

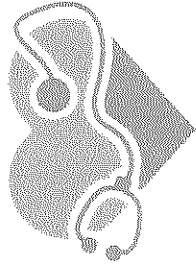
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

31 de octubre de 2025

Fecha

  
Representante Legal

  
Docente



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1.099.683.708

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Atención a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos

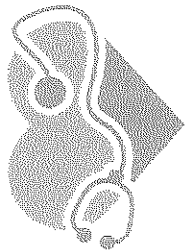
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

31 de octubre de 2025

Fecha

  
Representante Legal

  
Docente



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1.099.683.708

Asistió y finalizó **CURSO BÁSICO** en:

## Humanización en los Servicios de Salud

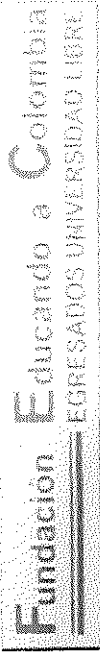
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

31 de octubre de 2025

Fecha

Representante Legal

Docente



Personería Jurídica No. 0311 del 18 de septiembre de 1998, expedida por la Gobernación del Valle

La Fundación Educando a Colombia Egresados Universidad Libre

*Confieren el presente certificado a*

***Estefanía Castillo Mayorga***

**D.I. 1.099.683.708**

En reconocimiento a su participación en el Seminario de

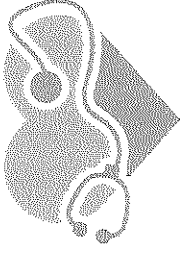
**Soporte Vital Básico en Paciente Adulto y Pediátrico**

Con una intensidad de 40 horas académicas, teórico - práctico

*Realizado el día 10 de febrero de 2024.*

**JENIFER TAFURT SARRIA**  
Representante Legal

**GONZALO HERNANDEZ PAEZ**  
Director Académico



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

*Estefanía Castillo Mayorga*

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1.099.683.708

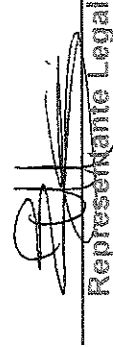
**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Manejo de Pruebas en Punto de Atención - POCT

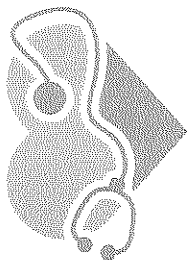
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

31 de octubre de 2025

Fecha

  
Representante Legal

  
Docente



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1099683708

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue

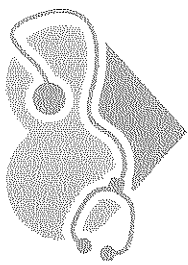
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

04 de noviembre del 2025

Fecha

Representante Legal

Docente



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1099683708

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Respuesta Rápida a Brotes de Sarampión y Rubéola

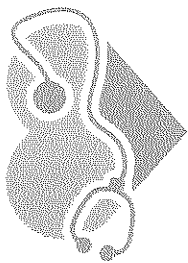
Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

04 de noviembre del 2025

Fecha

Representante Legal

Docente



MEDICOL



# DIPLOMA CERTIFICADO

OTORGADO A:

Estefanía Castillo Mayorga

Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1099683708

**Asistió y finalizó CURSO BÁSICO en:**

## Enfoque Diferencial

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud ocupacional. Decreto 2150 de 1995 para la educación informal ministerio de educación nacional/ resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano educación continua para el personal de la salud.

04 de noviembre del 2025

Fecha

Representante Legal

Docente



Personería Jurídica No. 0311 del 18 de septiembre de 1998, expedida por la Gobernación del Valle

La Fundación Educando a Colombia Egresados Universidad Libre

*Confieren el presente certificado a*

***Estefanía Castillo Mayorga***

**D.I. 1.099.683.708**

En reconocimiento a su participación en el Seminario de

**Buenas Prácticas para la Toma de Muestras de Laboratorio**

Con una intensidad de 40 horas académicas

*Realizado el 18 de mayo de 2024.*

**DANIELA GONZALEZ RINCON**  
Representante Legal

**GONZALO HERNANDEZ PAEZ**  
Director Académico



La República de Colombia  
y en su nombre la  
**Institución Educativa**  
**Instituto Génova**  
Génova - Quindío

Reconocimiento oficial como Institución Educativa, mediante Decreto  
N° 471 del 30 de Septiembre de 2002 de la Gobernación y la Secretaría  
de Educación Departamental del Quindío

Confiere a:

**Estefanía Castillo Mayorga**

Identificado (a) con C.I. N° 96040716979 de Génova

El Título de:

**Bachiller Académico**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación  
Media, jornada Semipresencial para Adultos, por Ciclos Electivos Especiales  
Integrados, según Decreto 3011 de Diciembre de 1997 y Resolución  
Departamental No. 1151 del 12 de Noviembre de 2009



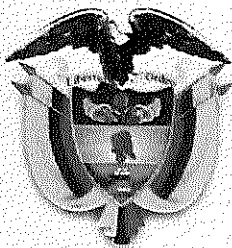
Jaime Benigno López  
C.C. N° 4.427.347 de Génova, Quindío  
Rector

Olga Cecilia Taborda Clavijo  
C.C. N° 21.674.938 de Génova, Quindío  
Auxiliar Administrativo

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación  
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el Control interno del plantel en el  
Libro No. 602 Folio No. 1-1

Dado en Génova Quindío, a los 28 días del mes de Noviembre de 2013



# INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO GÉNOVA

Génova - Quindío



Dane: 163302000294

Nit: 890003810-2

Jornada: Sabatina

## ACTA DE GRADO

En la ciudad de Génova Quindío a los 28 días del mes de Noviembre de 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los Suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO GÉNOVA, institución aprobada mediante Resolución Nacional 11539 de Agosto 17 de 1988 emanada del Ministerio de Educación Nacional y Resolución Departamental 1151 del 12 de Noviembre de 2009 y de acuerdo a los Artículos 11 y 39 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, reglamentario de la Ley 115, para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADÉMICA.

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

## BACHILLER ACADÉMICO

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

**ESTEFANÍA CASTILLO MAYORCA**

Identificado (a) con T.I. N° 96040716979 de Génova

Es fiel copia tomada del Acta General No. 067, Libro 006, Folios 147 de fecha 28 de Noviembre de 2015.

Firmada por JAIME RENGIFO LÓPEZ (Rector) y OLGA CECILIA TABORDA CLAVIJO (Auxiliar Administrativo).

Dado en Génova Quindío a los 28 días del mes de Noviembre de 2015.

JAIME RENGIFO LOPEZ  
C.C. No. 4.427.347 de Génova, Quindío  
Rector

OLGA CECILIA TABORDA CLAVIJO  
C.C. No. 24.674.936 de Génova, Quindío  
Secretaria



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD**

|                                                         |                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                        |                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICION<br><b>ARMENIA</b>                  | SUCURSAL<br><b>ARMENIA</b>                                                                                              | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> | POLIZA No.<br><b>60-03-101010363</b>                                                                                   | ANEXO No.<br><b>0</b> |
| TOMADOR <b>ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA</b>               |                                                                                                                         | CC <b>1.099.683.708</b>                       |                                                                                                                        |                       |
| DIRECCION <b>CLL 23#14-29 GENOVA</b>                    |                                                                                                                         | CIUDAD <b>GENOVA, QUINDIO</b>                 | TELEFONO <b>3223428702</b>                                                                                             |                       |
| ASEGURADO <b>ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA</b>             |                                                                                                                         | CC <b>1.099.683.708</b>                       |                                                                                                                        |                       |
| DIRECCION <b>CLL 23#14-29 GENOVA</b>                    |                                                                                                                         | CIUDAD <b>GENOVA, QUINDIO</b>                 | TELEFONO <b>3223428702</b>                                                                                             |                       |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                  |                                                                                                                         | NIT <b>0-0</b>                                |                                                                                                                        |                       |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>04 / 11 / 2025</b> | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>04 / 11 / 2025</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>04 / 11 / 2026</b> |                                               | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>04 / 11 / 2025</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>04 / 11 / 2026</b> |                       |
| INTERMEDIARIO<br><b>DPG SEGUROS SOCIEDAD LTDA</b>       | CLAVE<br><b>153943</b>                                                                                                  | % PARTICIPACION<br><b>100.00</b>              | COMPANIA<br><b>COASEGURO CEDIDO</b>                                                                                    | % PARTICIPACION       |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

| DESCRIPCION           | AMPAROS                           | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLIMITE        |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL |                                   | \$ 100,000,000.00 |         |                  |
|                       | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | \$ 100,000,000.00 |         |                  |
|                       | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD   |                   |         | \$ 20,000,000.00 |

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****100,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****107,475.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                        | IVA:           | \$ *****20,420.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****127,895.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 14 NO. 14 N - 30, TELÉFONO 7358800 - ARMENIA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.00000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



(415) 7709998021167 (8020) 11000202099043 (3900) 000000127895 (96) 20251219

REFERENCIA  
PAGO:

1100020209904-3

60-03-101010363

FECHA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DLG153943A

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60. PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSA      | TIPO DE MOVIMIENTO         | POLIZA No       | ANEXO No.       |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ARMENIA      | EMISION ORIGINAL           | 60-03-101010363 | 0               |
| TOMADOR      | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| ASEGURADO    | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS         | NIT             | 0-0             |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EMISION ORIGINAL, VIGENCIA 2025-2026.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

ASEGURADO: ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA

NO. DE IDENTIFICACION: 1.099.683.708

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES

UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL

FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001

en adicin a lo indicado en las condiciones generales de la poliza, la cobertura otorgada se rige por lo contenido en estas condiciones particulares.

NOTA TECNICA

FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR ENFERMERIA

SE EXCLUYEN RECLAMACIONES JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y NO QUIRURGICAS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO. SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

LIMITE ASEGURADO: \$ 100.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

#### 1. COBERTURAS:

##### 1. AMPARO BASICO:

##### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

##### 1.2 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO         | FOLIZA No       | ANEXO No.       |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ARMENIA      | EMISION ORIGINAL           | 60-03-101010363 | 0               |
| TOMADOR      | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| ASEGURADO    | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS         | NIT             | 0-0             |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.1. LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2. SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3. EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

#### 2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

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

##### 2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE DE ESTE CONDICIONADO.

##### 2.2 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

##### COBERTURA SUBLIMITE:

LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO /SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS / USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$ 100.000.000

##### GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$ 10.000.000

VIGENCIA \$ 20.000.000

##### DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

#### EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

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

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

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES O NARCOTICAS.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

### **PROFESIONALES DE LA SALUD**

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO         | POLIZA No       | ANEXO No.       |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ARMENIA      | EMISION ORIGINAL           | 60-03-101010363 | 0               |
| TOMADOR      | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| ASEGURADO    | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS         | NIT             | 0-0             |

### **TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

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

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

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

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

III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

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

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

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

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

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

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

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

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADA PARA ESTE FIN.

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

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

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

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

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

22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL                             | TIPO DE MOVIMIENTO     | POLIZA No           | ANEXO No. |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------|-----------|
| ARMENIA                              | EMISION ORIGINAL       | 60-03-101010363     | 0         |
| TOMADOR ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA   |                        | CC 1.099.683.708    |           |
| DIRECCION CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD GENOVA, QUINDIO | TELEFONO 3223428702 |           |
| ASEGURADO ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA |                        | CC 1.099.683.708    |           |
| DIRECCION CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD GENOVA, QUINDIO | TELEFONO 3223428702 |           |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS      |                        | NIT 0-0             |           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

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

27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

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

30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC., QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

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

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

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

35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER OTRA ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVEGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA.

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

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

II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

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

38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I- LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.

II- RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.

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

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSA      | TIPO DE MOVIMIENTO         | POLIZA No       | ANEXO No.       |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ARMENIA      | EMISION ORIGINAL           | 60-03-101010363 | 0               |
| TOMADOR      | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
| ASEGURADO    | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS         | NIT             | 0-0             |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
- EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES:
- BAJO ESTE CONTRATO SEGURO ESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56. CUANDO NO SE LLEVE UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
- a) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.
- b) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
- c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA ASEGURADA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO         | POLIZA No.      | ANEXO No.       |
|--------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| ARMENIA      | EMISION ORIGINAL           | 60-03-101010363 | 0               |
| TOMADOR      | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| ASEGURADO    | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | CC              | 1.099.683.708   |
| DIRECCION    | CLL 23#14-29 GENOVA        | CIUDAD          | GENOVA, QUINDIO |
|              |                            | TELEFONO        | 3223428702      |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS         | NIT             | 0-0             |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

64. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A , O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:

A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

3. EL ASEGURADO REAL Y PRESUNTA:

A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE DE MANERA CONTINUA;

B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: PAGO DE CONTADO.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:

- CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

-NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGUROESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

-NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO.

LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA, REVOCADA PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

Carné Digital  
de Vacunación

Colombia

## Esquema de Vacunación



## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: b71e388d-7a73-42ab-b03d-e4444444b2a9

Nombres y apellidos / Full name

ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 9 6 8 3 7 0 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

07/04/1996

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3148205738

Correo electrónico / e-mail

notiene@hotmail.com

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                                 | Dosis           | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio        | Número de Lote | IPS Vacunadora                               | Nombres y apellidos del vacunador |
|----------------------------------------|-----------------|---------------------|-------|------|--------------------|----------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                        |                 | Date of vaccination |       |      |                    |                |                                              |                                   |
| Vaccine                                | Doses           | Day                 | Month | Year | Laboratory         | Vaccine Batch  | Administering Center                         | Full name Vaccinator              |
|                                        |                 | Day                 | Month | Year |                    |                |                                              |                                   |
| VPH                                    | Primera         | 3                   | 8     | 2013 |                    | J004440        | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL      |                                   |
| VPH                                    | Segunda         | 11                  | 2     | 2014 |                    | J004479        | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL      |                                   |
| TD Adulto                              | Primera         | 1                   | 6     | 2016 |                    | D2273          | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               |                                   |
| TD Adulto                              | Segunda         | 24                  | 9     | 2016 |                    |                | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               |                                   |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS           | Anual           | 24                  | 9     | 2016 |                    | N3B851V        | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               |                                   |
| TdaP Acelular Gestante                 | Anual           | 24                  | 9     | 2016 |                    | AC37B165AB     | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               |                                   |
| TD Adulto                              | Tercera         | 28                  | 9     | 2017 |                    | D2288          | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               | LUZ MARY DIAZ BAQUERO             |
| Fiebre Amarilla                        | Única           | 19                  | 5     | 2018 |                    | N3N271V        | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENT               | LUZ MARY DIAZ BAQUERO             |
| COVID ASTRAZENECA                      | Primer Refuerzo | 17                  | 1     | 2022 | Oxford-AstraZeneca | 78037          | GENOVA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL      | LUZ MARY DIAZ BAQUERO             |
| COVID MODERNA BIVALENTE                | Adicional       | 27                  | 1     | 2024 | Catalent Indiana   | 010B23-2A      | ZARZAL ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL | EDITH YORLENY GARCIA CARDONA      |
| Meningococo Grupos B Y C Particular    | Única           | 5                   | 6     | 2024 |                    | 2851X007B      | CALI CLINICA VERSALLES SAN MARCOS            | DAYANA ANDREA OROZCO              |
| VIRUS SINCRITIAL RESPIRATORIO GESTANTE | Única           | 5                   | 6     | 2024 |                    | AC37B389BA     | CALI CLINICA VERSALLES SAN MARCOS            | DAYANA ANDREA OROZCO              |
| TdaP Acelular Gestante                 | Anual           | 5                   | 6     | 2024 |                    | 25c18b54       | CALI CLINICA VERSALLES SAN MARCOS            | DAYANA ANDREA OROZCO              |

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

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

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

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

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

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

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

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

**Certificado Internacional de vacinação o profilaxis**

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS  
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que Estefania Castillo

|                                           |                     |      |              |
|-------------------------------------------|---------------------|------|--------------|
| Nombre (name) / Nous certifions que (nom) | Fecha de Nacimiento | Sexo | Nacionalidad |
| Diego                                     | 04/01/2001          | M    | Chileno      |

Fecha de Nacimiento 0496 Sexo F Nacionalidad B

date of birth/ ne(e) le 31 nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación  
1059 683708  
national identification document/document d'identification national

national identification document/document d'identification national

whose signature follows.

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis  
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis  
a été vacciné ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

F. Dmari

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional  
in accordance with the International Health Regulations

de acuerdo con el Protocolo de acuerdo con el Protocolo de  
de acuerdo con el Protocolo de acuerdo con el Protocolo de  
de acuerdo con el Protocolo de acuerdo con el Protocolo de

| Vacuna o profilaxis /<br>F O m d r i l l a | Fecha<br>20-09-2014 | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación<br>M. J. Díaz | Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis<br>SARAFI N3N27IN | Certificado válido Desde Hasta UNICA   |
|--------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Vaccine or prophylaxis                     | Date                | Signature and professional status of supervising clinician               | Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis                    | Certificate valid From Until           |
| Vaccin ou agent prophylactique             | Date                | Signature et titre du clinicien responsable                              | Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot       | Certificat valable à partir du Jusqu'à |

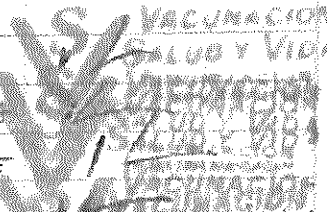
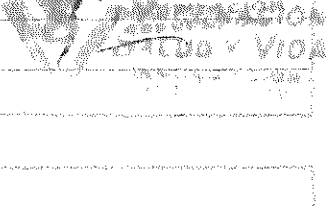
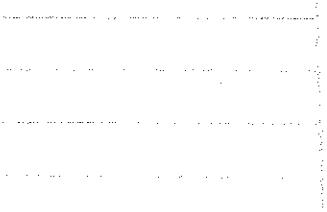
| DUPLA ADULTO    | HEPATITE B         |
|-----------------|--------------------|
| / /             | / /                |
| Lote            | Lote               |
| Cód             | Cód                |
| Nome            | Nome               |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof.         |
| DUPLA ADULTO    | HEPATITE B         |
| / /             | / /                |
| Lote            | Lote               |
| Cód             | Cód                |
| Nome            | Nome               |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof.         |
| DUPLA ADULTO    | HEPATITE B         |
| / /             | / /                |
| Lote            | Lote               |
| Cód             | Cód                |
| Nome            | Nome               |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof.         |
| SAR/CAX/RUB     | Cond - 19          |
| / /             | 27/01/24           |
| Lote            | Lote 010B232A-     |
| Cód             | Cód Moderna Ad.    |
| Nome            | Nome Edlyn. Garcia |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof. HDSBZ   |
| Sans Cervi      | 2 = dose           |
| 27/02/21        | 22/07/21           |
| Lote 210322     | Lote 210447        |
| Cód Cononavac   | Cód Cononavac      |
| Nome Cleide     | Nome Celva         |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof.         |
| fevereiro dom   |                    |
| 17/01/22        |                    |
| Lote NNO224     | Lote               |
| Cód ASTRUTENPCA | Cód                |
| Nome Mary Dicit | Nome               |
| Reg. Prof.      | Reg. Prof.         |
| FEBRE AMARELA   |                    |
|                 |                    |
|                 |                    |

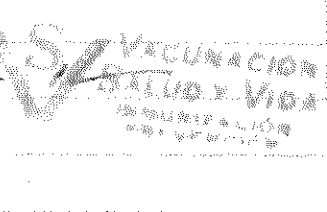
Celia A. A. Santos  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN 237800

NOMBRE ESTEFANIA CASTILLO

NIP 1095623708

## CARNET DE VACUNACION

| VACUNA       | DOSIS | FECHA |    |    | LOTE       | FIRMA Y SELLO                                                                         |
|--------------|-------|-------|----|----|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|              |       | DD    | MM | AA |            |                                                                                       |
| TÉTANO<br>Td | 1     | 21    | 01 | 23 | 220800212  |    |
|              | 2     | 25    | 02 | 23 | 220800222  |                                                                                       |
|              | 3     | 26    | 08 | 23 | 220800422  |                                                                                       |
|              | 4     |       |    |    |            |                                                                                       |
|              | 5     |       |    |    |            |                                                                                       |
| HEPATITIS B  | 1     | 21    | 01 | 23 | 0340600VE  |    |
|              | 2     | 25    | 02 | 23 | 0340600VE  |                                                                                       |
|              | 3     | 25    | 03 | 23 | 0340600VE  |                                                                                       |
| HEPATITIS A  | 1     | 25    | 03 | 23 | ATADU033AF |   |
|              | 2     | 18    | 11 | 23 | W004802    |                                                                                       |
| VARICELA     | 1     | 27    | 05 | 23 | U029010    |  |
|              | 2     |       |    |    |            |                                                                                       |

|                                           |   |    |    |    |           |                                                                                       |
|-------------------------------------------|---|----|----|----|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| INFLUENZA                                 | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
| NEUMO 23                                  | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
| VPH                                       | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           | 2 |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           | 3 |    |    |    |           |                                                                                       |
| MENACTRA<br>MENINGOCOCO                   | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
| MENINGOCOCO<br>BC                         | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           | 2 |    |    |    |           |                                                                                       |
| PRIORIX<br>SARAMPION - RUBECOLA - PAPEKAS | 1 | 22 | 04 | 23 | A69cf312A |  |
| FIEBRE AMARILLA                           | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
| NEUMOCOCO<br>PREVENAR                     |   |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           |   |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           |   |    |    |    |           |                                                                                       |
| TWINRIX<br>HA + HB                        | 1 |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           | 2 |    |    |    |           |                                                                                       |
|                                           | 3 |    |    |    |           |                                                                                       |
| DTPa                                      |   |    |    |    |           |                                                                                       |
| OTRA                                      |   |    |    |    |           |                                                                                       |

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14543985459



(415)7707212489984(8020) 000001454398545 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Armenia

14. Buzón electrónico

1 0 9 9 6 8 3 7 0 8 | 7

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 9 9 6 8 3 7 0 8

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Quindío

6 3

30. Ciudad/Municipio

Génova

3 0

31. Primer apellido

CASTILLO

32. Segundo apellido

MAYORGA

33. Primer nombre

ESTEFANIA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Glosa

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Quindío

6 3

40. Ciudad/Municipio

Génova

3 0

41. Dirección principal

CL 13 14 29

42. Correo electrónico

nia.tqm33@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 1 1 8 2 8 1 1 1 1

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 0 3 2 5

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

3 4 3 1

52. Número  
establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

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

## Exportadoras

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

61. Fecha

2019 - 05 - 28

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



CamScanner

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 283533108**



PIB

15:44:34

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de octubre 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) ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1099683708:

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](http://www.procuraduria.gov.co)

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

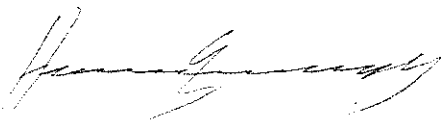
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de octubre de 2025, a las 15:46:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1099683708             |
| Código de Verificación | 1099683708251030154628 |

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:47:46 PM horas del 30/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1099683708**

Apellidos y Nombres: **CASTILLO MAYORGA ESTEFANIA**

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

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá  
D.C.

Atención administrativa: Lunes a

Viernes 8:00 am a 12:00 pm y

2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al ciudadano:

5159700 ext. 30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: [dijin.araic-](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

[atc@policia.gov.co](mailto:atc@policia.gov.co)



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



## 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, 30/10/2025 03:49:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1099683708** y  
Nombre: **ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA.**

## 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. **125814637** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

515 9000



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





**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 1099683708 **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 30/10/2025 03:54 PM



Código Verificación: HUFQWSRJ1N

Válida hasta: 28/01/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

## 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 16:35:17 horas del 30/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1099683708**,  
Apellidos y Nombres **CASTILLO MAYORGA ESTEFANIA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital genova**, con NIT **890000448-5** 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>



**UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**  
**CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO**  
**BDME**

El documento de identificación CEDULA DE CIUDADANÍA número 1099683708 **NO** está incluido en el BDME No. 43 al 31/05/2025 que publica la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 901 del 2004.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

Teniendo en cuenta las actualizaciones reportadas diariamente por las entidades públicas, se precisa que este certificado no es único ni permanente, por lo cual se sugiere realizar la consulta para diferentes trámites de forma independiente.

La sentencia C-1083 del 24 de octubre de 2005 de la Honorable Corte Constitucional declaró inexecutable los incisos 2 y 4 del párrafo tercero del artículo 2° de la Ley 901 de 2004, dejando así de tener vigencia la inhabilidad para contratar con el Estado o tomar posesión de cargos públicos, de las personas naturales o jurídicas que aparezcan reportadas en el Boletín de Deudores Morosos del Estado.

En tal sentido no se requiere presentar el certificado del Boletín de Deudores Morosos del Estado para efectos de contratar con entidades públicas.

Este documento se generó en la página [www.contaduria.gov.co](http://www.contaduria.gov.co)



**UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**  
**CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO**  
**INCUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE PAGO**

El documento de identificación CEDULA DE CIUDADANÍA número 1099683708 **NO** ha incumplido acuerdos de pago de conformidad con lo establecido en el numeral 5° del artículo 2° de la Ley 1066 de 2006, por ello, **NO** está incluido en el BDME que publica la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 901

Recuerde que la información suministrada en esta página Web CONSTITUYE CERTIFICADO BDME para efectos de celebrar nuevos acuerdos de pago con otras entidades públicas y goza de valor probatorio según lo establecido en la Ley 527 de 1999, por lo cual la Contaduría General de la Nación no lo expide en forma física.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

Teniendo en cuenta las actualizaciones reportadas diariamente por las entidades públicas, se precisa que este certificado no es único ni permanente, por lo cual se sugiere realizar la consulta para diferentes trámites de forma independiente.

Este documento se generó en la página [www.contaduria.gov.co](http://www.contaduria.gov.co)



DAVIVIENDA

## CERTIFICADO

**GENOVA,  
QUINDIO,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**01/11/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1099683708**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0550488447462745</b> |
| Fecha de apertura | <b>07/09/2024</b>       |

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**



MARCELA BUSTOS MONZÓN  
R.M: 52264762 - RES 0980/2017  
SALUD OCUPACIONAL  
CRA 13 N° 1 NORTE -35 CCO / TELÉFONO: 3115424505

### CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

TIPO DEL EXAMEN: INGRESO

FECHA DE CONSULTA: 18/09/2024

#### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA: ALCALDIA DE GENOVA

NIT:

#### IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

|                           |                            |             |             |      |    |
|---------------------------|----------------------------|-------------|-------------|------|----|
| NOMBRE DEL EMPLEADO       | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA | EDAD        | 28          | SEXO | F  |
| TIPO DE DOCUMENTO         | CC                         | DIRECCIÓN   | CENTRO      |      |    |
| N° DE DOCUMENTO IDENTIDAD | 1099683708                 | TELÉFONO    | 3148205738  |      |    |
| LUGAR DE NACIMIENTO       | GENOVA                     | MUNICIPIO   | GENOVA      |      |    |
| FECHA DE NACIMIENTO       | 07/04/1996                 | E.P.S.      | ASMET SALUD |      |    |
| ESTADO CIVIL              | SOLTERA                    | N° DE HIJOS | 1           | RH   | O+ |
| ESCOLARIDAD               | PROFESIONAL                | A.R.L.      | A.F.P       |      |    |
| CARGO A DESEMPEÑAR        | CONTRATISTA                |             |             |      |    |

#### EXÁMENES ANALIZADOS

|                  |   |              |   |          |   |             |   |             |   |
|------------------|---|--------------|---|----------|---|-------------|---|-------------|---|
| COLESTEROL TOTAL | - | TRIGLICERIOS | - | GLICEMIA | - | VISIOMETRÍA | - | AUDIOMETRÍA | - |
|------------------|---|--------------|---|----------|---|-------------|---|-------------|---|

#### VALORACIÓN FÍSICA

|                  |                                         |       |       |      |       |            |      |              |   |
|------------------|-----------------------------------------|-------|-------|------|-------|------------|------|--------------|---|
| PRESIÓN ARTERIAL | 116/70                                  | TALLA | 1.58  | PESO | 74    | IMC        | 29.7 |              |   |
| CIRUGIAS: NO     | ANTECEDENTES ENFERMEDADES: ASTIGMATISMO |       |       |      |       |            |      |              |   |
| USO DE GAFAS     | SI                                      | OO    | 20/20 | OI   | 20/20 | TABAQUISMO | -    | CUANTOS AÑOS | - |

#### CONCEPTO MÉDICO DE INGRESO

APTO SIN PATOLOGÍA APARENTE  
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR X  
APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES  
APLAZADO  
NO APTO PARA EL CARGO

#### PROXIMA VALORACIÓN OCUPACIONAL

APTO PARA APTITUD EN ALTURAS

#### RECOMENDACIONES:

#### RECOMENDACIONES / OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

|                                                                                                                   |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos semanales y una duración no menor a 30 minutos por sesión.          | SVE            |
| Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.                           | Visual         |
| Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal.                                                      | Auditivo       |
| Capacitación de higiene postural, pausas activas, levantamiento y transporte de cargas.                           | Ergonómico     |
| Reportar todo incidente y/o accidente que ocurra.                                                                 | Cardiovascular |
| Encuesta NEGATIVA para factores de riesgo para Covid-19, se da cumplimiento obligatorio de normas de bioseguridad | R. Biológico.  |

Yo, Marcela Bustos Monzón, certifico que he contestado todas las preguntas y he recibido la información sobre la historia clínica. He recibido la información sobre las restricciones sobre mi puesto de trabajo para poder realizar la labor que se me ha asignado, estando lo dispuesto por la Ley 1010 de 2006.

*Marcela Bustos Monzón*  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

*Marcela Bustos Monzón*  
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

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

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.683.708**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de noviembre de 2024.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)

**Estado del afiliado: ACTIVO**

| DATOS BÁSICOS                         |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombres y apellidos                   | ESTEFANIA CASTILLO MAYORGA              |
| Identificación                        | CC 1099683708                           |
| Régimen de afiliación                 | CONTRIBUTIVO                            |
| IPS de atención                       | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL GENOVA |
| Municipio de atención IPS             | GENOVA                                  |
| Departamento Atención IPS             | QUINDIO                                 |
| Dirección IPS de atención             | CARRERA 12 CALLE 17 ESQUINA             |
| Teléfono IPS de Atención              | 7672044                                 |
| Fecha de afiliación                   | 02/06/2025                              |
| Zona                                  | URBANA                                  |
| Exoneración Copago O Cuota Moderadora | SI                                      |
| Nivel de SISBEN                       | NIVEL 1                                 |

**NOTA:** El cobro o la exoneración de las Cuotas Moderadoras y/o Copagos de las tecnologías está sujeto al diagnóstico de Alto Costo que tenga el afiliado según lo definido en el Decreto 1652 de 2022



Fecha:30/10/2025 17:15:09 IP:null - 71685D3A3B9DE582F259A6E81D2E78D674F23433 Reporte Número:213681211