

Melgar Tolima, noviembre de 2025

Señora:

**VICTORIA EUGENIA NUÑEZ AGUIAR**  
Gerente Central de Urgencias Louis Pasteur

**Asunto:** PRESTACION DE SERVICIOS

Por medio del presente documento me permito presentar mi hoja de vida para suscribir contrato: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA EL PROGRAMA DE EQUIPOS BASICOS DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD RURAL EJECUTADOS EN EL MUNICIPIO DE MELGAR TOLIMA POR LA CENTRAL DEL URGENCIAS LOUIS PASTEUR ESE**

#### **ACTIVIDADES**

Las actividades a realizar son las dispuestas por la ESE y lineamientos del ministerio de salud y protección social; las cuales serán desarrolladas de acuerdo a cronograma.

#### **VALOR**

El valor de la propuesta corresponde a once millones de pesos m/cte (\$11.000.000) siendo honorarios valor mes.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto no encontrarme incurso en causales de inhabilidades e incompatibilidades para celebrar contrato.

Cordialmente;



CC. 1010147933  
Cel 3114963746





Libertad y Orden

### FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

#### 1 DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> MORENO		<b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b> RUBIANO		<b>NOMBRES</b> KAROL TATIANA	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1010147933		<b>GENERO</b> F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		<b>NÚMERO</b> D.M.		<b>PAIS</b> COLOMBIA	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b> FECHA DIA 26 MES 08 AÑO 2000		<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b> CALLE 22B 84 27			
<b>PAIS</b> COLOMBIA		<b>DEPTO</b> BOGOTÁ D.C.		<b>DEPTO</b> BOGOTÁ D.C.	
<b>MUNICIPIO</b> BOGOTÁ D.C.		<b>TÉLEFONO</b> 3114963746		<b>EMAIL</b> karolmoru28@gmail.com	

#### 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA		SECUNDARIA		MEDIA		TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA						
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	MES	AÑO	2016
									<input checked="" type="checkbox"/>					

#### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2023	1010147933

#### 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\_BES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

INSTITUCION	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULOS OBTENIDOS	TERMINACION	
			SI	NO		MES	AÑO

**1 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
INGLES			X		X	

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	PUBLICA	X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
TELEFONOS	Dia	26	Mes	06	Año	2025	Dia	30	Mes	09	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL PROMOCION Y PRE	DEPENDENCIA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD				DIRECCIÓN CALLE 13 10 60							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	PUBLICA	X	PRIVADA	PAIS COLOMBIA	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO							
TELEFONOS	Dia	25	Mes	02	Año	2025	Dia	25	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"				DIRECCIÓN CALLE 13 10 60							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPRESA O ENTIDAD												EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS - SOACHA						PUBLICA			PRIVADA			PAÍS			COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA						MUNICIPIO SOACHA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD											
TELÉFONOS						FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO														
Día: 19		Mes: 07		Año: 2024		Día: 19		Mes: 12		Año: 2024													
CARGO O CONTRATO ACTUAL						DEPENDENCIA						DIRECCIÓN											
MEDICO GENERAL PROMOCION Y P						ATENCION PRIMARIA EN SALUD						CALLE 13 10 60											

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

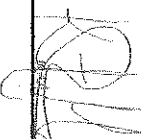
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 50. DE LA LEY 19095).

Ciudad y fecha de diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS V/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

LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 01800091770 PÁGINA WEB: [www.lundonpublica.gov.co](http://www.lundonpublica.gov.co)



UTCS  
KAROL TATIANA MOR...

Inicio

Mis procesos

Menú

Ir a



Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Editar datos resumén

Editar datos completos

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

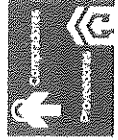
Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

## Información general



Logo de la entidad

Nombre de la entidad KAROL TATIANA MORENO

Nombre abreviado KAROL TATIANA MORENO

Fecha de creación 14/07/2024 última actualización: 14/07/2024

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1010147933

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

País COLOMBIA

Ciudad Cundinamarca

Municipio Soacha

## Información de contacto

Dirección CRR 72 C 4 54

Código postal 110110

Teléfono de oficina 3125863490

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina KAROLMORU26@GMAIL.COM

Correo electrónico para notificaciones SECOP II KAROLMORU26@GMAIL.COM





FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

I.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**  
IDENTIFICADO CON: C.C.x C.E. T.I. N° 1.010.147.933 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País **COLOMBIA** Departamento **BOGOTÁ** Municipio **BOGOTÁ**  
Dirección **CALLE 22 B #67-24 CONJUNTO RESIDENCIAL CORAL** Teléfonos **3114963746**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARIENTESCO
GUILLERMO MORENO LOPEZ	79.310.260	PADRE
NUBIA RUBIANO HERNANDEZ	99.648.622	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º; DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA. EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	44.250.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	15.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 59.250.000</b>

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poso en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	10827197044	BOGOTÁ	BOGOTÁ	\$ 1.200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



1.1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	Tarjeta de credito	\$ 10.951.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad:  SI  NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:


NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		
	C.C.	C.E.	T.I.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Melgar, 10 de noviembre 2025

CIUDAD Y FECHA

D.M.F.C.O.P.





Función Pública

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

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAROL	TATIANA	MORENO	RUBIANO

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 trabajo

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 ACRECENCIAS

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



CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$44.250.000,00
Otros ingresos y rentas	\$15.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$59.250.000,00</b>

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$7.400.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CRÉDITO BANCARIO	\$10.951.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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



2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:    Sí     No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:    Sí     No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGIÓN DE SALUD  
SOACHA

CONTRATACION  
SOACHA – CUNDINAMARCA  
NIT. 800.006.850-3

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 862 DE 2024**

<b>CONTRATANTE</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
<b>CONTRATISTA</b>	KAROL TATIANA MORENO RUBIANO
<b>C.C. o NIT No.</b>	1.010.147.933
<b>OBJETO</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACION DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD
<b>VALOR</b>	CUARENTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$ 44.250.000)
<b>PLAZO</b>	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE (5) MESES CONTADOS A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II
<b>RUBRO PRESUPUESTAL</b>	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD SOCIALES Y PERSONALES- EBS RESOL. 1032-MSPS
<b>DISPONIBILIDAD</b>	1619 DEL 12 DE JULIO DEL 2024

Entre los suscritos **DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.221.245 de Girardot, actuando como Gerente y Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** identificada con Nit-800.006.850-3, según Decreto Departamental No.0024 del 01 de abril de 2024, emitida por la Gobernación de Cundinamarca y acta de posesión No 066 del 03 de abril de 2024, emitida por la Secretaría de salud de Cundinamarca. Entidad transformada en Empresa Social del Estado, mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996, que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA**, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado para ello quien para los efectos del presente contrato se denomina el **CONTRATANTE** y por la otra, **KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.010.147.933 quien para los efectos del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: 1) Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2) Que no existe personal en la planta de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente. 3) Que la Empresa Social del Estado, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *intuitu personae*, esto es en consideración a las calidades personales del **CONTRATISTA**. 4) Que **EL CONTRATISTA** reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5) Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Estatuto de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO** es el del derecho privado. 6) Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1619 DEL 12 DE JULIO DEL 2024, correspondiente al Rubro Presupuestal (**SERVICIOS PARA LA**



REGION DE SALUD  
SOACHA

CONTRATACIÓN  
SOACHA – CUNDINAMARCA  
NIT. 800.006.850-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1000 DE 2025

CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
CONTRATISTA	KAROL TATIANA MORENO RUBIANO
C.C. o NIT No.	1.010.147.933
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE MEDICINA GENERAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL EN EL PROCESO DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA EN MARCO DEL CONTRATO PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PYM)-MEDIANTE LA MODALIDAD CAPITAL SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA.
VALOR	TRECE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$13.000.000)
PLAZO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE 2 MESES CONTADO A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II.
RUBRO PRESUPUESTAL	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES; REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS
DISPONIBILIDAD	1520 DEL 17 DE JUNIO DEL 2025

Entre los suscritos **DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.11.221.245 de Girardot, actuando como Gerente y Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** identificada con NIT: 800.006.850-3, según Decreto Departamental No.0024 del 01 de abril de 2024, emitida por la Gobernación de Cundinamarca y acta de posesión No 066 del 03 de abril de 2024, emitida por la Secretaría de salud de Cundinamarca. Entidad transformada en Empresa Social del Estado, mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996, que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA**, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado para ello quien para los efectos del presente contrato se denomina el **CONTRATANTE** y por la otra, **KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.010.147.933 quien para los efectos del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: 1) Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2) Que no existe personal en la planta de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente. 3) Que la Empresa Social del Estado, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *infitto personae*, esto es en consideración a las calidades personales del **CONTRATISTA**. 4) Que **EL CONTRATISTA** reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5) Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Estatuto de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO** es el del derecho privado 6) Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1520 DEL 17 DE JUNIO DEL 2025, correspondiente al Rubro Presupuestal **(SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES; REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS)** de la vigencia 2025. Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial el artículo 1602 y subsiguientes del Código Civil Colombiano. Por lo anterior, las partes acuerdan: **CLÁUSULA PRIMERA – OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO**

PBX 7309230. Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.

Soacha, Sibate y Granada –Cundinamarca-



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGION DE SALUD  
SOACHA

CONTRATACION  
SOACHA – CUNDINAMARCA  
NIT. 800.006.850-3

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 553 DE 2025

CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
CONTRATISTA	KAROL TATIANA MORENO RUBIANO
C.C. o NIT No.	1.010.147.933
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO GENERAL EN EL ÁREA ASISTENCIAL, DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.
VALOR	CINCUENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS MICTE (\$58.249.152)
PLAZO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ CONTADO A PARTIR DE SU PERFECCIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II Y HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2025.
RUBRO PRESUPUESTAL	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS
DISPONIBILIDAD	633 DEL 14 DE FEBRERO DEL 2025

Entre los suscritos DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.11.221.245 de Girardot, actuando como Gerente y Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA identificada con Nit:800.006.850-3, según Decreto Departamental No.0024 del 01 de abril de 2024, emitida por la Gobernación de Cundinamarca y acta de posesión No 066 del 03 de abril de 2024, emitida por la Secretaría de salud de Cundinamarca. Entidad transformada en Empresa Social del Estado, mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996, que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado para ello quien para los efectos del presente contrato se denomina EL CONTRATANTE y por la otra, KAROL TATIANA MORENO RUBIANO, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.010.147.933 quien para los efectos del presente contrato se denomina EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: 1) Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2) Que no existe personal en la planta de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente. 3) Que la Empresa Social del Estado, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *instituto personee*, esto es en consideración a las calidades personales del CONTRATISTA. 4) Que El CONTRATISTA reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5) Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Estatuto de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO es el del derecho privado 6) Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 633 DEL 14 DE FEBRERO DEL 2025, correspondiente al Rubro Presupuestal (SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS) de la vigencia 2025. Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial el artículo 1602 y subsiguientes del Código Civil Colombiano. Por lo



REGION DE SALUD  
SOACHA

CONTRATACION  
SOACHA – CUNDINAMARCA  
NIT. 800.006.850-3

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 947 DE 2025

CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
CONTRATISTA	KAROL TATIANA MORENO RUBIANO
C.C. o NIT No.	1.010.147.933
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA GENERAL EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA EN MARCO DEL CONTRATO 25754S00122175 - 25 DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PYM) - ATENCIÓN EXTRAMURAL MEDIANTE LA MODALIDAD DE CAPITALA SUSCRITO ENTRE COOSALUD EPS Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA.
VALOR	TRECE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$13.000.000)
PLAZO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ DE DOS (2) MESES CONTADO A PARTIR DE SU PERFECIONAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EN LA PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II
RUBRO PRESUPUESTAL	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS
DISPONIBILIDAD	1445 DEL 10 DE JUNIO DEL 2025

Entre los suscritos **DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.221.245 de Girardot, actuando como Gerente y Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** identificada con Nit: 800.006.850-3, según Decreto Departamental No.0024 del 01 de abril de 2024, emitida por la Gobernación de Cundinamarca. Entidad de posesión No 066 del 03 de abril de 2024, emitida por la Secretaría de salud de Cundinamarca. Entidad transformada en Empresa Social del Estado, mediante Ordenanza No. 020 del 22 de Marzo de 1996, que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUIAS de SOACHA**, cambio de razón social a partir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado para ello quien para los efectos del presente contrato se denomina el **CONTRATANTE** y por la otra, **KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.010.147.933 quien para los efectos del presente contrato se denomina **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de Prestación de Servicios, previas las siguientes consideraciones: 1) Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, presta un servicio de salud, el cual debe ser continuo y permanente. 2) Que no existe personal en la planta de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, y el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, y/o aun existiendo personal en la planta, éste no es suficiente. 3) Que la Empresa Social del Estado, podrá contratar directamente con la persona natural que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, sin que haya obtenido previamente varias ofertas, cuando se trate de contratos *instituto personae*, esto es en consideración a las calidades personales del **CONTRATISTA**. 4) Que **EL CONTRATISTA** reúne las condiciones y calidades para la ejecución del objeto contractual. 5) Que según lo consagrado en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y el Estatuto de Contratación, el régimen legal aplicable a los contratos de las **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO** es el del derecho privado 6) Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **1445 DEL 10 DE JUNIO DEL 2025**, correspondiente al Rubro Presupuestal (**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES: REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS**) de la vigencia 2025. Que en virtud de lo antes expuesto hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios, que se regulará por lo señalado en el presente clausulado y en las normas que regulan la materia en el derecho privado, en especial el artículo 1602 y subsiguientes del Código Civil Colombiano. Por lo

PBX 7309230. Calle 13 No 9-65. Calle 13 No 10-48.

Soacha, Sibate y Granada –Cundinamarca--

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

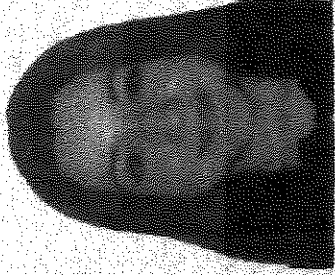
NÚMERO 1.010.147.933

MORENO RUBIANO

APELLIDOS

KAROL TATIANA

CONJUNTES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-2000

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-SEP-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

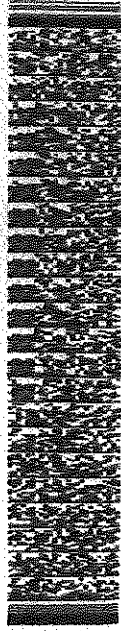
INDICE DERECHO



SEÑALA

W M

REGISTRADOR NACIONAL  
JOAQUIN OSORIO VEDIA



P-1500150-01038201-F-10147923-20180918

0062635899A-2

1505123682

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

141166998703

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional  
1 0 1 0 1 4 7 9 3 3 | 6 Impuestos de Bogotá14. Buzón electrónico  
3 2**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento Cédula de ciudadanía	26. Número de identificación 1 0 1 0 1 4 7 9 3 3
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Bogotá D.C.
31. Primer apellido MORENO	32. Segundo apellido RUBIANO	33. Primer nombre KAROL
35. Razón social		34. Otros nombres TATIANA
36. Nombre comercial		37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País COLOMBIA	39. Departamento 1 6 9 Bogotá D.C.	40. Ciudad/Municipio 1 1 Bogotá, D.C.
----------------------	---------------------------------------	--

41. Dirección principal  
CR 69 12 A 72 TO 1 AP 30242. Correo electrónico  
karolmonu26@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono: 1 3 1 1 4 9 6 3 7 4 6 | 45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica		Ocupación																								
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad																							
8 6 2 1	2 0 2 4 0 6 1 9	50. Código	51. Código																							
Resp. Responsables, Calidades y Atributos		52. Número establecimientos																								
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	
4 9																										

49 - No responsable de IVA

**Usuarios aduaneros****Exportadores**

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	57. Modo	58. CPC
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

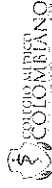
**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, genera vigencia insatisfecha y en consecuencia no se otorga su renovación. Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI  NO  60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera el formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1561 de 2012.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:  
984. Nombre MORENO RUBIANO KAROL TATIANA  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KAROL TATIANA MORENO RUBIANO

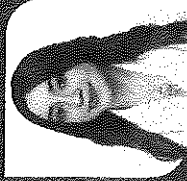
CC 1010147933

MÉDICO

Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
Bogotá, D.C.

GRADO: 14/12/2023

ReTHUS: 07/02/2024

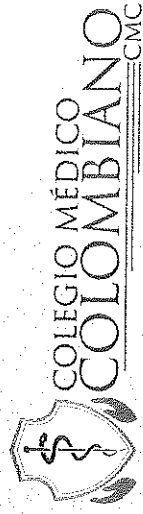


QR DIGITAL

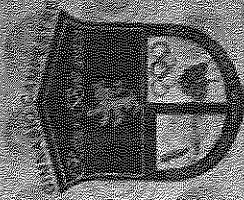


Este tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 184 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, Ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).  
pap@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Maulana Plata  
Representante Legal Colegio Médico Colombiano







*Gimnasio Campestre Reino Británico*

"EMPRESARIOS LÍDERES CON VISIÓN DE CAMBIO"

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Tenjo, Cundinamarca, a los 02 días del mes de Diciembre del año 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los Suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del *Gimnasio Campestre Reino Británico*, institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 009025 de 22 de Diciembre de 2008.

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 del documento de identidad se relacionan a continuación:

*Karol Tatiana Moreno Rubiano*

D.I. 1.010.147.933

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 008 Folio No. 009 Libro II de fecha 02 de Diciembre del año 2016, que consta de sesenta y tres (63) estudiantes que comienza con el nombre de AHUMADA SUÁREZ JUAN SEBASTIÁN y termina con el nombre de VALENCIA CUADRADO ELIANA MARCELA.

Firmada y sellada por **PEDRO LUIS ESPINOSA BELTRÁN** (Rector) y **MARÍA CRISTINA MILLÁN PARRA** (Secretaria).

Dada en Tenjo, Cundinamarca a los 02 días del mes de Diciembre de 2016.

Requiere ser registrada, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1996 del M.E.N.



**PEDRO LUIS ESPINOSA BELTRÁN**

C.C. No. 3 181 839 de Suba  
Rector



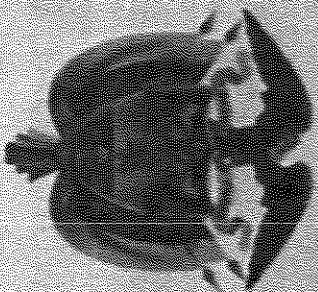
**MARÍA CRISTINA MILLÁN PARRA**

C.C. No. 35.314.309 de Engativá  
Secretaria

Kilómetro 7 Vía Siberia – Tenjo (Cundinamarca) – PBX: 7425459 – 5466618 – 312-3796031

[rectoria@gcrb.edu.co](mailto:rectoria@gcrb.edu.co)

[www.gcrb.edu.co](http://www.gcrb.edu.co)



La República de Colombia,  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre el

## *Gimnasio Campestre Reino Británico*

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca según  
Resolución No. 000025 del 22 de Diciembre de 2008.

Confiere a:

**Karol Tatiana Moreno Rubiano**

N.º 1.010.471.933

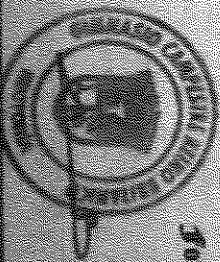
El Título de

## **Bachiller Arandénico**

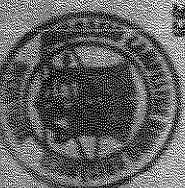
Por haber cursado y aprobado los estudios  
correspondientes al Nivel de Educación Media Académica,  
según los planes y programas vigentes.

Acta general de graduación No. 008 del 02 de Diciembre de 2010.

Folio No. 009 Tomo No. 33



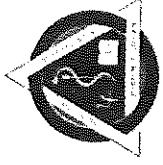
**Josely Rocio Riquelme Balleza**  
C.º No. 3.101.038 de 0001  
Directora



**María Cristina Millán Jarama**  
C.º No. 28.004.038 de 0001  
Secretaria

Dada en Cúcuta, Cundinamarca, a las 12 horas del día de Diciembre de 2010

Este documento constituye un documento de carácter  
interno. Documento No. 001 del 07 de Febrero de 2009



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA  
**JUAN N. CORPAS**

PA-POR-15

## ACTA DE GRADO No. 641

En la ciudad de Bogotá D.C., el día 14 del mes de diciembre de 2023, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARÍA PINEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PINEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PINEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, OTTO HAMANN ECHEVERRI Decano y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General; con la asistencia de los Doctores LUIS ARTURO LÓPEZ ENCISO Secretario General Asociado, JUAN CARLOS VELÁSQUEZ ROJAS Director de Bienestar Universitario, LUIS ALFREDO RAMÍREZ CANO Director de Rotaciones Extramurales y DENNY LUENGAS SUÁREZ Director de Rotaciones Institucionales, en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el SNIES, Registro Calificado y Re-Acreditación de Alta Calidad otorgados mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 04602 de marzo 21 de 2018, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

### MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

a

**Karol Tatiana Moreno Rubiano**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.010.147.933 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. 8382 que le acredita como tal.

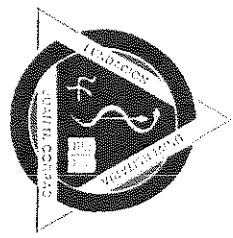
En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de diciembre de 2023.

**Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA**  
Secretario General

VIGILADA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

*La Fundación*  
**Universitaria Juan N. Torres**

*Reconocida y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional  
de 1973 del Ministerio de Educación Nacional*



**ESCUELA DE MEDICINA**

*En nombre de la Sigifrida de Calandria,  
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y*

*teniendo en cuenta que:*

**Ricard Quiñana Moreno Rulhama**

*C.C. 100.15.232 de Bogotá D.C.*

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

**Medico y Cirujano General**

*Artículo 1807*

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

*Bogotá D.C., 14 de diciembre de 2023  
No. 8382*

*Asesor*  
*Rafael*

*Gerente*  
*Yrene*

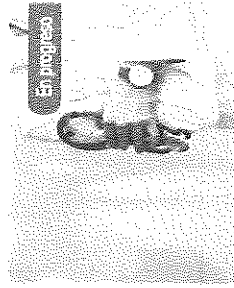
*Decano General*  
*[Signature]*

Búsqueda



Estado: En progreso

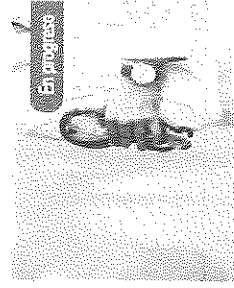
## Otros cursos



Curso Autopercepción AEP



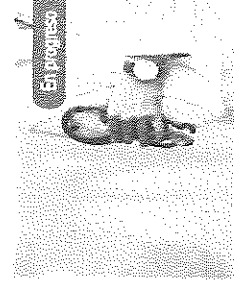
10% Completado

Categoría: Salud y bienestar  
Docente: María Celia Samayá M.

Curso de Autopercepción e Reanimación Circulatoria Avanzada del Adulto



20% Completado

Categoría: Salud y bienestar  
Docente: Piero Felipe Robiano C.

Curso de Autopercepción e Reanimación Circulatoria Básica

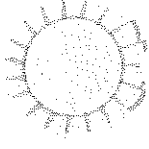


0% Completado

Categoría: Salud y bienestar  
Docente: Piero Felipe Robiano C.



LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGION DE SALUD SOACHA



**CERTIFICA QUE:**

*Karol Tatiana Moreno Rubiano*

Realizó el curso de:

**MANEJO DEL DUELO**

Con una intensidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ  
CAPACITADOR

DR. DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO  
GERENTE

Fecha de Emisión: junio 27, 2024



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
REGION DE SALUD  
SOACHA



**HACE CONSTAR QUE:**

**KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**

C.C. 1.010.147.933 DE BOGOTÁ D.C

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE  
**ATENCIÓN A VÍCTIMAS CON AGENTES**

**QUÍMICOS**

Realizado desde el día 22 hasta el 25 de octubre del 2025.

Con una intensidad de 60 Horas

CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL 25 DE OCTUBRE DEL 2026.  
DADO EN IBAGUÉ (TOLIMA) A LOS 25 DÍAS DE OCTUBRE DEL 2025.

YURY MILENA ENCISO VALENCIA  
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.  
Ministerio de Educación Nacional Decreto 376 del 2022 Estandar de Talento Humano Educación Continua para el personal de la Salud.  
IBAGUÉ, TOLIMA ☎ 311 598 9630 🌐 www.educser.com 📧 educser@educser.com 📱 @educser



**EDUCSER**  
DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL  
NIT: 901.637.411.1

**HACE CONSTAR QUE:**

**KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**


CC. 1.010.147.933 DE BOGOTÁ D.C

ASISTIO Y ADQUIRÍO CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE  
**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

Con una intensidad de 40 Horas.

CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 12 DE FEBRERO DEL 2026.

DADO EN IBAGUÉ (TOLIMA) A LOS 12 DÍAS DE FEBRERO DEL 2024.

  
YURY MILENA ENCISO VALENCIA  
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6-6.8 Educación Informal.  
Ministerio de Educación Nacional Decreto 576 del 2012 Estatuto de Talento Humano Educación Continua para el Personal de la Salud.



☎ 31 998 9630

☎ 31 998 9630

🌐 [www.educser.com](http://www.educser.com)

✉ [educser@educser.com](mailto:educser@educser.com)

📧 @educser  
📱 @educser

## Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

**Karol Tatiana Moreno Rubiano**

ha participado y aprobado el

**Curso virtual sobre los fundamentos del cuidado paliativo**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 99,01 %

24 de octubre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director

**OPS**  
CAMPUS  
VIRTUAL  
DE SALUD  
PÚBLICA

La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://censur.edu.co/organismos/infocentros/informacion/validacion/>





## Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

**Karol Tatiana Moreno Rubiano**


ha participado y aprobado el Curso Virtual:

### Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

21 de marzo de 2025

  
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



Robert Stempel College  
of Public Health  
& Social Work  
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/recursos/informacion/verificar/validar>



### HACE CONSTAR QUE:

**KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**

CC. 1.010.147.933 DE BOGOTÁ D.C

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE

### HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una intensidad de 40 Horas.

CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 12 DE FEBRERO DEL 2025.

DADO EN IBAGUÉ (TOLIMA) A LOS 12 DÍAS DE FEBRERO DEL 2024.

  
YURY MILENA ENCISO VALENCIA  
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal  
Ministerio de Educación Nacional Decreto 376 del 2022. Estándar de Talento Humano Educación Continua para el Personal de la Salud.

IBAGUÉ, TOLIMA

☎ 311 598 9630  
☎ 311 598 9630

🌐 [www.educser.com](http://www.educser.com)  
✉ [educser@educser.com](mailto:educser@educser.com)

📘 @educser  
📷 @educser.net





# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

**Karol Tatiana Moreno Rubiano**

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

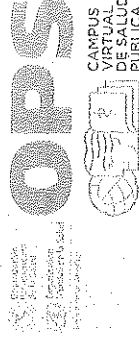
## Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 97,75 %

20 de octubre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/moodle/mod/quiz/view.php?id=688816&id=4298-4409-5469-5011&c=15438>



HACE CONSTAR QUE  
**KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**

Nº de identificación: 1010147933

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

## FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Impreso: 2025-10-20 10:26:57 AM

**sábado 18 de octubre de 2025**

**VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO**  
Líder Educación Nacional  
Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud.

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.  
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

**KAROL TATIANA MORENO RUBIANO**  
**C.C. 1.010.147.933**

Ha asistido y completado satisfactoriamente el diplomado en **POINT OF CARE TESTING (POCT)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 18 DE MAYO DE 2025



LINA M. MEDINA  
GERENCIA



NELSON F. CASTILLO  
DIRECCION

3505618740 - 3222354745  
Asociación Educativa Angel de la Salud S.A.S.  
CALLE 107 Nº 10-10, BOGOTÁ D.C.  
VIGENCIA MAYO 2027

**CERTISALUD**  
NIT: 901760895-3

**CERTIFICA QUE:**

**KAROL PATRICIA MORENO SILVA**

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N°1010147933

Asistió al curso de:

**CURSOS VIRTUALES PRESENCIALES**

**Con una intensidad horaria de 45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EMISOR EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, BOGOTÁ, LA CRESYDE CERTIFICACION EN LINEA MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION MONOLIA Y NO CONDI A HUBO ALGUNO DE LAIFICACION DE APTIDUD OCUPACIONAL ESTA CERTIFICACION TIENE VALIDEZ POR UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

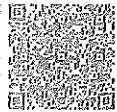
Verifica Veridiez:



**Rosa**  
ROSARIO FARRARDO  
GERENTE  
CC 20.418.304



**PREVENIR**  
PREVENIR LEON  
PROFESIONAL EN SALUD  
CC 1.000.736.300



**Certificado de Participación**

**La Organización Panamericana de la Salud**

**certifica que:**

**Karol Moreno**

ha participado y aprobado el Curso Virtual de  
**Manejo de la Hipertensión y del Riesgo Cardiovascular**  
**en la Atención Primaria de Salud (Edición 2022)**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 45 - Porcentaje de aprobación: 92,92 %

25 de junio de 2023

**Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.**  
Director

La autenticidad de este certificado se puede verificar en: <https://www.prevenir.org/portal/verificar-certificados> con el código de verificación: **cert-4023-6123-6520-611420**

# GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

901.120.983-5



## Certificado de Aptitud Laboral INGRESO SAUD



Fecha: 21/Jan/2024 Hora: 06:52:08 a.m.  
Apellido: MORENO RUBIANO  
Tipo Doc: CC  
Empresa: Particular  
Cargo: MEDICO GENERAL  
Dirección: CRA 72 C N 4-54  
Telefono: Celular: 3114961746 Email:  
Ciudad: Bogotá D.C. - Fontibón  
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: KAROL TATIANA  
Nro Identidad: 1010147933

Estado Civil: Casado

HG: # 69328  
Edad: 23 años  
Sexo: Femenino ♀  
Nacim: 26/Ago/2000  
RH: O+

Examen Médico Ocupacional Básico, Osteomuscular, Visión/clera

APTO PARA EL CARGO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL  
HIGIENE POSTURAL

PAUSAS ACTIVAS

Otras: \* ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.

\*SE SUGIERE PROTECCION DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL DE OPTOMETRIA EN 1 AÑO.

\*REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA DIETA BALANCEADA.

\*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

\*CONTINUAR EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones:

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en

Información a la oficina

UNV Local MEDICINA 2024-02-07 122556 COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Grupos SSO

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

1900-01-01

COLOMBIANO APLICACION

Local

Exonerado del SSO

Local

Medicina

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO





### Resumen General de Pago

MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS		MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS		MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	
Identificación de	Nombre	Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
1. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	2. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	3. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS
4. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	5. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	6. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS

N°	Identificación de	Nombre	PENSION			SALUD			CCT			RENGOS			PARAFISCALES			
			Saldo	Deuda	Saldo	Deuda	Saldo	Deuda	Saldo	Deuda	Saldo	Deuda	Saldo	Deuda	Saldo	Deuda		
1	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	
<b>Total</b>			<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>



### Resumen General de Pago

MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS		MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS		MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	
Identificación de	Nombre	Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
1. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	2. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	3. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS
4. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	5. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS	6. MUNICIPIO	MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE LOS RIOS

N°	Identificación de	Nombre	Apellido	Fecha	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto	
																				Saldo
1	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	
<b>Total</b>					<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>	<b>1141308</b>



# Certificación Bancaria

Viernes, 03 de octubre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KAROL TATIANA MORENO RUBIANO identificado(a) con CC 1010147933, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	10627797044	2021-10-25	ACTIVO	****

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 342 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 351 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05  
Resto del país: 01 800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 378 97 14.



Catalina Cortés Uribe  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

VALORES COTIZACIÓN (RESERVA COLON/BAWMS)			
TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	TOTAL A PAGAR
\$ 263 646.00	\$ 20.000,00	\$ 283 646.00	\$ 337.539,00
			VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS \$ 53.893,00



\*415177072891900291902D03 18681565191390010000337539196120250712\*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES POLIZA

Observaciones SGO 9585510

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA Y ASISTENCIA DENTRO DE LOS SIGUIENTES CONDICIONES A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA USUA. LA FORMA EN LA QUE SE PAGA LA PRIMA PRODUCE A LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DADA DEBIDO A MOTORES SEGUROS DEBEN SER CUMPLIDOS Y APLICADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CENTROS DE SERVICIOS EN AMERICA

ANEXOS

-Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante II posación, liposcultura, detección intrínseca, o mediante recolección de medicación mediante procedimientos, sus componentes y/o derivados.

CLASULA DE EXCLUSION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

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

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

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

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

2.3. la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con causar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenazar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

ASEGURADO: KAROL TATIANA MORENO

ESPECIALIDAD: MEDICO GRAL. CON PROC. INVASIV

VIGENCIA: 12-07-2025 AL 12-07-2026

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunses)

AMPAROS

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

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

LÍMITE VALOR ASEGURADO: \$ 300.000.000 evento / agregado anual

-R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50 % del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor será incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

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

-P.L.O. (Prendos, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual, sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de éste.

PRIMA ANUAL SIN IVA GASTOS DE EXPEDICION: \$ 263.646

DEDUCIBLES:

-Básico 10% MÍNIMO \$ 1.000.000

-No opera para Gastos Médicos

-Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

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

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑIA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACION EN LA INFORMACION DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLASULA DE RETENCIÓN Y LA CLASULA DE AGRAVACION DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

NO SE OTORGA

-R.C. Extracontractual

-Bienes bajo cuidado, tenencia y control

-Reestablecimiento automático de valor asegurado.

-Errores e inexactitudes referentes a la prestación del servicio de salud.

-Renovación automática

-R.C. Profesional del área o actividades relativamente administrativas

-Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de un a cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente.

-Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios.

NT 991.700.027-a P.R.:

VIGENCIA:

SIMILY SALVOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES

N.D. NO DECLARADO

NT 991.700.027-a P.R.:

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO PERDIDA VALOR PERDIDA

www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.com.co

V.A.A.: VALOR ASEGURABLE DEL PREBIO V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

# RC



 **MAPFRE**

¿Qué bueno que sigues con nosotros!

Estimado,

MORENO RUBIANO KAROL TATIANA

¡Nos alegra que hayas renovado la protección con tu aseguradora global de confianza!

Para nosotros es una excelente noticia seguir contando con clientes como tú. Sigue disfrutando de todas las ventajas y beneficios de estar asegurado con MAPFRE y recuerda que toda la documentación de tu póliza la encuentras en los siguientes enlaces:

- [Condicionado de mi seguro de RC médica.](#)
- [Guía interactiva del asegurado.](#)
- [Certificado de seguro.](#)
- [Portafolio.](#)

Recuerda que contamos con diferentes alternativas de pago. Más información, haciendo [clic aquí](#).

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

CLARA CECILIA PACHECO CASTRO

Móvil: 4639067

Email: [prieto.colseguros@gmail.com](mailto:prieto.colseguros@gmail.com)

Sigue gestionando tus productos en [clientes.mapfre.com.co](https://clientes.mapfre.com.co) y revisando tu perfil de [mapfretecuidamos.com.co](https://mapfretecuidamos.com.co), nuestro programa lleno de ventajas para ti. Y por supuesto, mantente al día en nuestras redes:



@mapfreco



@MAPFRE\_CO



@MAPFRECO

Seguimos contigo, siempre de tu lado.

#MAPFREMásCercaDeTi

[mapfre.com.co](https://mapfre.com.co)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

**RC MÉDICA**  
MAPFRE





¿Necesitas Asistencia?  
ESCANÉAME

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CUIDAD
272 / 732	1	1	CEBRIOTOS	AVENIDA 9 # 145-10	BOGOTÁ D.C.
TOMADOR		NIT / CC	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
MORENO RUBIANO KAROL TATIANA		1010147933	KR 72 C # 4 - 54	BOGOTÁ D.C.	
ASEGURADO		NIT / CC	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
MORENO RUBIANO KAROL TATIANA		1010147933	KR 72 C # 4 - 54	BOGOTÁ D.C.	
ASEGURADO		NIT / CC	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
N.D.		N.D.	N.D.	N.D.	
SENERGARIO		NIT / CC	DIRECCION	CUIDAD	TELEFONO
CUALQUIER TERCERO AFECTADO		N.D.	N.D.	N.D.	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
CLARA CECILIA PACHECO CASTRO	AGENTE INDEPENDIENTE	99457	4639057	100.00

INFORMACION DE LA PÓLIZA					
VIGENCIA POLIZA			VIGENCIA CERTIFICADO		
FECHA DE EXPIRACION	DIAS	MESES	ANOS	NO DIAS	NO DIAS
DIA	MES <td>ANO <td>INICIACION</td> <td>TERMINACION</td> <td>NO DIAS</td> </td>	ANO <td>INICIACION</td> <td>TERMINACION</td> <td>NO DIAS</td>	INICIACION	TERMINACION	NO DIAS
10	7	2025	HORA 00:00	DIAS 12	MES 7
			TERMINACION 00:00		ANO 2025
					NO DIAS 365

### INFORMACION DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICO GRAL. CON PROC. INVASIV	
ESPECIALIDAD	MEDICO GRAL. CON PROC. INVASIV	
DIRECCION DEL RIESGO	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.	
CUIDAD	BOGOTÁ D.C.	

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE	
R. C. Geda (reces) - Medicos		\$300.000.000,00	10 % PERD. MAX 1000000 (PESOS COLONBIANOS)		
Gastos de defensa		\$100.000.000,00	10 % PERD.		
Responsabilidad Civil sala m. sus e comprenden		\$300.000.000,00	10 % PERD. MAX 1000000 (PESOS COLONBIANOS)		
Acciona medio emergencia		\$500.000.000,00	10 % PERD.		

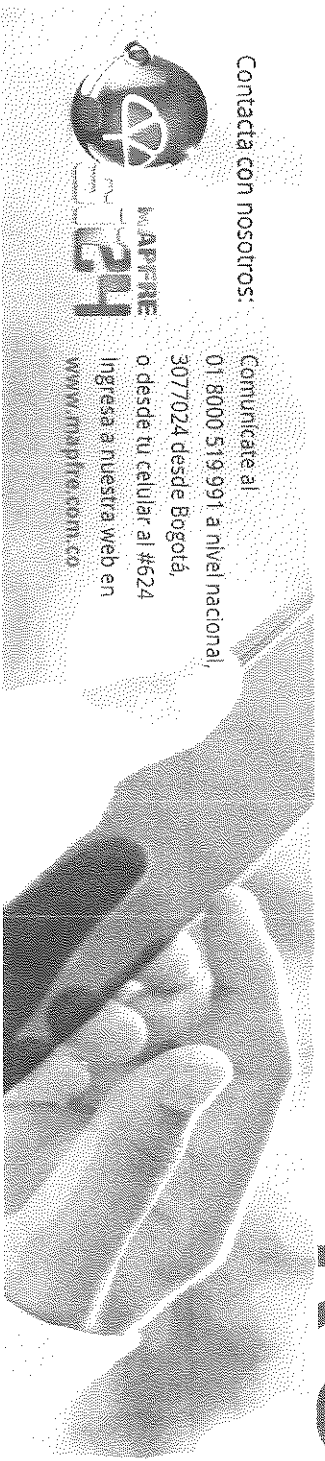
Profesionalmente ... Seguro

# R.C

Contata con nosotros:

Comunicate al  
01 8000 519 991 a nivel nacional,  
3077024 desde Bogotá,  
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en  
[www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)



YTCASHMORA:

SMALV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARANDO

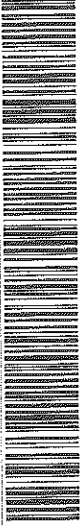
V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

MAPFRE

### VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 253.646,00	\$ 20.000,00	\$ 283.646,00	\$ 53.893,00	\$ 337.539,00



\*4157707289180028(8020)031868158519(3900)00037539(9)20250712\*

### SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones SGO 9585510

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

### ANEXOS

ASEGURADO: KAROL TATIANA MORENO

ESPECIALIDAD: MEDICO GRAL.- CON PROC. INVASIV

VIGENCIA: 12-07-2025 AL 12-07-2026

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

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

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

LÍMITE VALOR ASEGURADO: \$ 300.000.000 evento / agregado anual

-R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50 % del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

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

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

PRIMA ANUAL SIN IVA/ GASTOS DE EXPEDICIÓN: \$ 263.646

DEDUCIBLES:

-Básico 10% MÍNIMO \$ 1.000.000

-No opera para Gastos Médicos

-Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

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

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

NO SE OTORGA

-R.C. Extracontractual

-Bienes bajo cuidado tenencia y control

-Restablecimiento automático de valor asegurado.

-Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.

-Renovación automática

-R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas

-Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de un a cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente.

-Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios.

### CLÁUSULAS

POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD  
AMPAROS

R.C. COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCION EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO. POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BASICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

PLD (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL, SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO. POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LIMITE ASEGURADO BASICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

DEDUCIBLES:

BÁSICO:

VALORES ASEGURADOS DE \$25.000.000 A \$125.000.000: 10%. MÍNIMO \$ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE \$150.000.000 A \$1.500.000.000: 10%. MÍNIMO \$ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MEDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSION DE PAIDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS;

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENDICIÓN AUTOMÁTICA

- R.C. PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGIA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGENITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR INTEGRALMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA POLIZA.

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

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑIA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACION EN LA INFORMACION DECLARADA QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RENUNCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACION DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE POLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PERDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACION CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICION:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACION DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISION YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISION POR AIRE, LA TRANSMISION POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISION DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SOLIDO, LIQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS, Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACION O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGLAMENTO CONVENIO COMERCIO CONTRATAVENTES: RESOLUCION 2007 DE 06 DE 2008 DEL AGENTE ASISTENTE EN LA SALUD, COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SEGUROS ESPECIALIZADA DEL JUNIO 21 DE 2013.  
ESTILO DOCUMENTO COMERCIO Y VALORES ACTUARIALES: CONVENIO COMERCIO 11, ART. 2, INCISOS 1º Y 1050/11

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

VFCS-NOVOCS

SIMULV. SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
N.O.: NO DECLARADO

MIT 161.710.007-2 P&X: +51 (1)9502020 fax: +51 (1)9503400

www.mapfre.com.co - client@mapfre.com.co  
V.A.S.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERO, VALOR PERDIDA

A.A.: 26325 Bogotá D.C., Colombia  
MAP: VALOR ASEGURABLE DEL PERDIO

V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Eliminado cliente para cancelar. Los datos contenidos en el producto certificado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultarse en el sitio www.mapfre.com.co