



LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROCESO: Gerencia de Talento humano

CÓDIGO

TH_FTO_10

VERSIÓN

04

VIGENCIA

15/08/2025

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: YERZONH YAIR HERRERA PITA

CARGO: MEDICO

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO					
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	/			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	/			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	/			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	/			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	/			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	/			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	/			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	/			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	/			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	/			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	/			
12	Registro usuario Secop II	/			
13	RUT Actualizado	/			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	/			
15	Certificado actual de afiliación EPS	/			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	/			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	/			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	/			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	/			
20	Formato de indemnidad	/			
21	Formato de ARL	/			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	/			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	/			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	/			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	/			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	/			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	/			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	/			
SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO					
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado	/			
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional	/			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca	/			
37	RETHUS actualizado- pregrado y postgrado (Asistenciales)	/			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES					
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	/			
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	/			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	/			
42	Inducción - reinducción corporativa (Todos)	/			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	/			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS					
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia	/			
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)	/			
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.	/			
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)	/			
MEDICO URGENCIOLOGO					
54	Certificado en formación de sedación				



ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años			
AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador			
57	Toma de muestra con fecha de vigencia			
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU			
59	Retiro e inserción JADELLE			
60	Certificado de formación en toma de citología			
61	Soporte vital avanzado			
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)			
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado			
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia			
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia			
66	Registro único nacional de tránsito RUNT			
67	Licencia de conducción			
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de tránsito			
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosenométricas * Vigencia 3 años.			
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico			
71	Primeros Auxilios			
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
INGENIERO BIOMÉDICO				
73	Certificado del registro INVIMA			
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea			
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)			
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.			
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)			
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos			
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.			
MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas			
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.			
EXPERIENCIA LABORAL				
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado			
Nombre y firma de quien verifica la documentación:				

- Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.
- El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está Inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).
- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 15 de Diciembre de 2025

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA LONDOÑO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: YERZONH YAIR HERRERA PITA

Cargo: MEDICO URGENCIAS

Respetado Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre: YERZONH YAIR HERRERA PITA

CC: 74376406 de Duitama

Dirección: Calle 50 A sur # 24-45

Email: verzonhherrera@gmail.com

Teléfono/ Celular: 3175064033

Alejandro
Herrera

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE: YERZONH YAIR HERRERA PITA

IDENTIFICACION: C.C. 74.376.406 de Duitama

EDAD: 42 Años

FECHA DE NACIMIENTO: 31 de Julio de 1980

LUGAR DE NACIMIENTO: Duitama (Boyacá)

ESTADO CIVIL: Soltero

DIRECCION: Calle 50ª sur N 24 – 45.

TELEFONO: 317 506 4033

E MAIL: yerzonhherreratrabajo@gmail.com
yerzonhherrera@gmail.com

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yerrera', written in a cursive style.

PERFIL PROFESIONAL:

Profesional disciplinado y emprendedor quien responde ha cabalidad con sus deberes, activo, diligente, interesado por liderar actividades orientadas en la buena atención, el trabajo social, con alto grado de responsabilidad y facilidad de interpretación de las políticas organizacionales; con excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo o individualmente, enfocado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud

Actualmente con experiencia y conocimientos en el manejo como médico hospitalario en los servicios de medicina interna, cirugía, ortopedia, ginecología, urgencias, ayudantía quirúrgica y atención de partos, manejo de trauma, rescate y traslado del paciente crítico en ambulancia medicalizada.

FORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSITARIOS:

Médico Cirujano con énfasis en Atención Primaria de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)

Primer semestre 2011

Tunja - Boyaca.

EXPERIENCIA LABORAL:

- **CLINICA UNIVESITARIA HOSPITAL SAN RAFAEL**
- IV Nivel de complejidad.

Medico servicio de urgencias.

Desde el marzo del 2024 hasta noviembre 2025, desempeñando el cargo de medico general en el servicio de urgencias, atencion inicial estabilizacion, manejo y clasificacion clinica de los diferentes pacientes, según requerimientos de consulta, y necesidad de solicitud de valoración o conceptos por las diferentes especialidades medicas.

- **SUB RED SUR OCCIDENTE**
- IV Nivel de complejidad.

Medico consulta urgencias

De Julio del 2024, hasta octubre de 2025, desempeñando el cargo de médico APH en consulta domiciliaria, línea 123, atención, clasificación, estabilización y traslado de pacientes, críticos.

- **SUB RED CENTROORIENTE**
- IV Nivel de complejidad

Medico urgencias APH, Bogotá.

De octubre del 2022 hasta julio del 2025, desempeñando el cargo de médico APH en ambulancia del distrito línea 123, atención y traslado de pacientes, asignados por CRUE, SSB, pacientes con requerimiento de atención, valoración y traslado en ambulancia medicalizada.

- **GASTROINVEST**
- IV Nivel de complejidad

Medico hospitalario servicio gastroenterologia
De Febrero del 2019, hasta octubre de 2023, desempeñando el cargo de médico hospitalario del servicio de gastroenterologia, atencion respuesta de interconsultas, revista medica intrahospitalaria y atencion de consulta externa asistida del mismo servicio.

- **HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA**

Medico hospitalario, (hospitalizacion, salas de cirugia)

De junio del 2012 hasta diciembre del 2018, desempeñando el cargo de médico hospitalario en los servicios de urgencias y hospitalización de pacientes en manejo por los servicios de (medicina interna, cirugía general, ortopedia, ginecología y ocasionalmente, atención de partos y ayudantías quirúrgica.

- **SISMEDICA Ltda. Ruta del Sol.**

Medico APH.
La Dorada / Caldas – Puerto Boyacá / Boyacá.

Desde enero del 2013 hasta abril del 2017, desempeñando cargo como médico tripulante de ambulancia, de asistencia y atención de siniestros, sobre la vía, concesión doble calzada Ruta del Sol sector 1.

REFERENCIAS

- **Guillermo Alfonso Barrera**

Profesión: Médico Internista, Policía Nacional Bucaramanga,
Coordinador medico servicios de urgencias y
hospitalización
Empresa: Hospital San Antonio de Soata
Policlínico Bucaramanga.
Teléfono: 311 2215145

- **Fabio Arturo Puentes Porras.**

Profesión: Capitan sanidad Ejercito nacional.
Empresa: Ejercito Nacional de Colombia
Teléfono: 3102193224.

- **Andrés David Cazallas Pérez**

Profesión: Ingeniero, jefe de operaciones y programacion
Sismedica Ltda.
Empresa: Sismedica Ltda.
Teléfono: 3173000694

- **Nancy Cristina Granados Galindo.**

Profesión: Gerente comercial Almacenes Paraíso. S.A.
(Boyacá, Casanare y Cundinamarca.)
Empresa: Almacenes Paraíso S.A.
Teléfono: 310 6805206

PERFIL PROFESIONAL:

Profesional disciplinado y emprendedor quien responde ha cabalidad con sus deberes, activo, diligente, interesado por liderar actividades orientadas en la buena atención, el trabajo social, con alto grado de responsabilidad y facilidad de interpretación de las políticas organizacionales; con excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo o individualmente, enfocado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud

Actualmente con experiencia y conocimientos en el manejo como médico hospitalario en los servicios de medicina interna, cirugía, ortopedia, ginecología, urgencias, ayudantía quirúrgica y atención de partos, manejo de trauma, rescate y traslado del paciente crítico en ambulancia medicalizada.

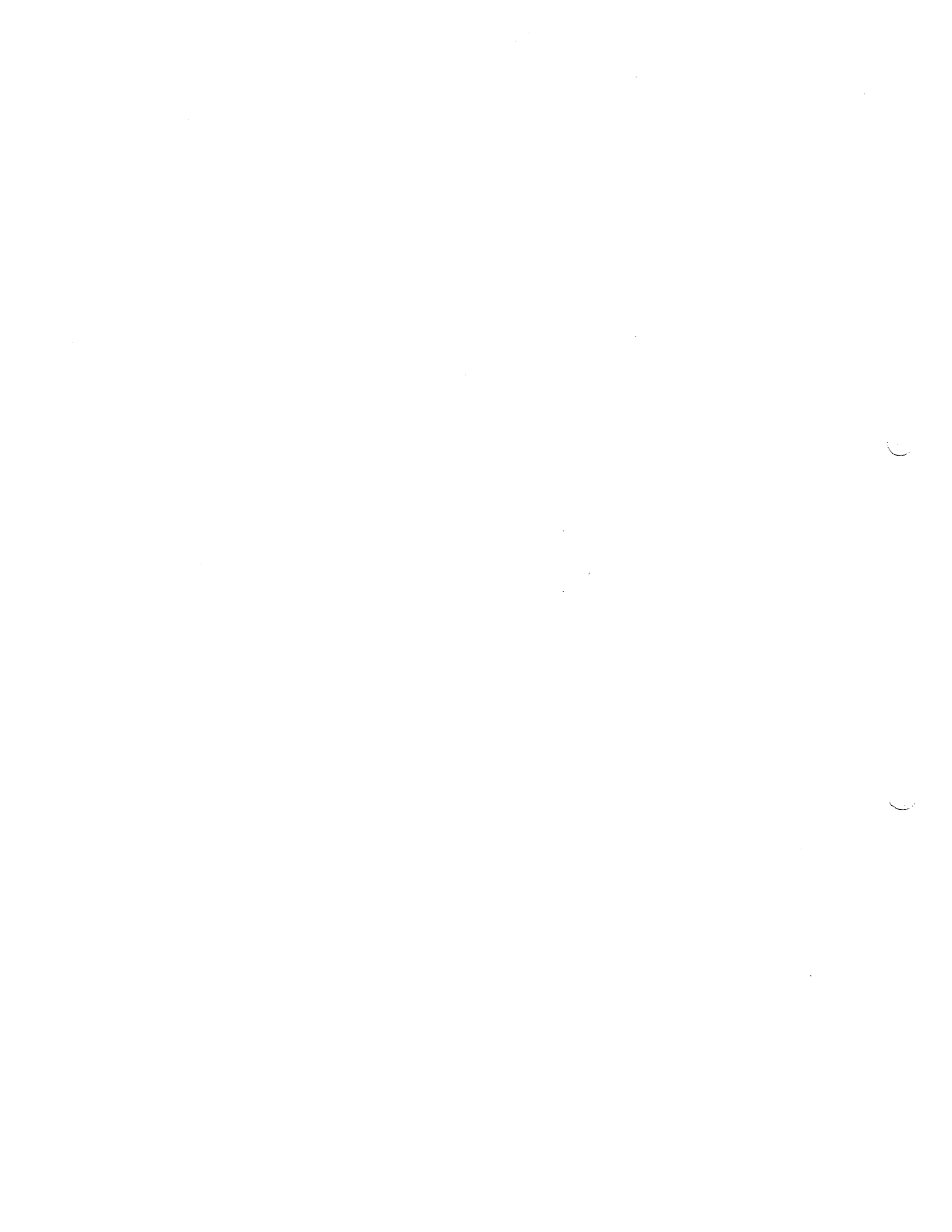
FORMACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSITARIOS:

Médico Cirujano con énfasis en Atención Primaria de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)

Primer semestre 2011

Tunja - Boyaca.



EXPERIENCIA LABORAL:

- **CLINICA UNIVESITARIA HOSPITAL SAN RAFAEL**
- IV Nivel de complejidad.

Medico servicio de urgencias.

Desde el marzo del 2024 hasta noviembre 2025, desempeñando el cargo de medico general en el servicio de urgencias, atencion inicial estabilizacion, manejo y clasificacion clinica de los diferentes pacientes, según requerimientos de consulta, y necesidad de solicitud de valoración o conceptos por las diferentes especialidades medicas.

- **SUB RED SUR OCCIDENTE**
- IV Nivel de complejidad.

Medico consulta urgencias

De Julio del 2024, hasta octubre de 2025, desempeñando el cargo de médico APH en consulta domiciliaria, línea 123, atención, clasificación, estabilización y traslado de pacientes, críticos.

- **SUB RED CENTROORIENTE**
- IV Nivel de complejidad

Medico urgencias APH, Bogotá.

De octubre del 2022 hasta julio del 2025, desempeñando el cargo de médico APH en ambulancia del distrito línea 123, atención y traslado de pacientes, asignados por CRUE, SSB, pacientes con requerimiento de atención, valoración y traslado en ambulancia medicalizada.

- **GASTROINVEST**
- IV Nivel de complejidad

Medico hospitalario servicio gastroenterologia
De Febrero del 2019, hasta octubre de 2023, desempeñando el cargo de médico hospitalario del servicio de gastroenterologia, atencion respuesta de interconsultas, revista medica intrahospitalaria y atencion de consulta externa asistida del mismo servicio.

- **HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA**

Medico hospitalario, (hospitalizacion, salas de cirugia)

De junio del 2012 hasta diciembre del 2018, desempeñando el cargo de médico hospitalario en los servicios de urgencias y hospitalización de pacientes en manejo por los servicios de (medicina interna, cirugía general, ortopedia, ginecología y ocasionalmente, atención de partos y ayudantías quirúrgica.

- **SISMEDICA Ltda. Ruta del Sol.**

Medico APH.
La Dorada / Caldas – Puerto Boyacá / Boyacá.

Desde enero del 2013 hasta abril del 2017,
desempeñando cargo como médico tripulante de ambulancia, de asistencia y atención de siniestros, sobre la vía, concesión doble calzada Ruta del Sol sector 1.

REFERENCIAS

- **Guillermo Alfonso Barrera**

Profesión: Médico Internista, Policía Nacional Bucaramanga,
Coordinador medico servicios de urgencias y
hospitalización
Empresa: Hospital San Antonio de Soata
Policlínico Bucaramanga.
Teléfono: 311 2215145

- **Fabio Arturo Puentes Porras.**

Profesión: Capitan sanidad Ejercito nacional.
Empresa: Ejercito Nacional de Colombia
Teléfono: 3102193224.

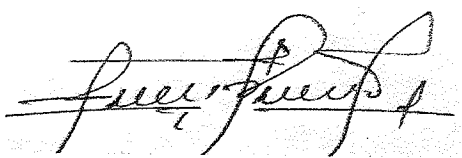
- **Andrés David Cazallas Pérez**

Profesión: Ingeniero, jefe de operaciones y programacion
Sismedica Ltda.
Empresa: Sismedica Ltda.
Teléfono: 3173000694

- **Nancy Cristina Granados Galindo.**

Profesión: Gerente comercial Almacenes Paraíso. S.A.
(Boyacá, Casanare y Cundinamarca.)
Empresa: Almacenes Paraíso S.A.
Teléfono: 310 6805206



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yerzonh Yair Herrera Pita', written over a horizontal line.

YERZONH YAIR HERRERA PITA

RM 15 2404/2012

CC 74.376.406 de Duitama.

Celular **317 506 4033 - 315 615 4004**

yerzonhherreratrabajo@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **74.376.406**
HERRERA PITA

APELLIDOS
YERZONH YAIR

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-JUL-1980**

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

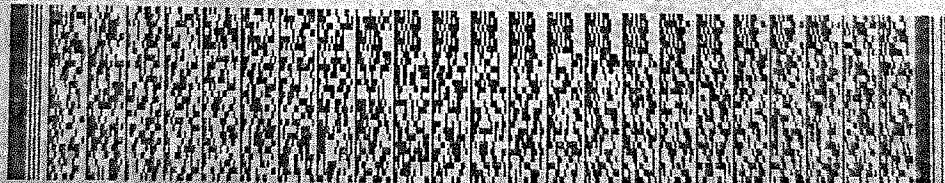
18-FEB-1999 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0707900-00395410-M-0074376406-20120824

0030898427A 1

7291965785



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

74376406

**HERRERA PITA
YERZONH YAIR**

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA
31 DIC 31 DIC 31 DIC

PROFESION: 2010 2020

PRESCRIPCION: BACHILLER

30 12 2000



REPUBLICA DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

- 1. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 2. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 3. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 4. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 5. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 6. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 7. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 8. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 9. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.
- 10. Tener el título de bachiller en ciencias exactas, naturales o ingeniería.

2. En caso de convocatoria de personal de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0108898
Comandante en Jefe **DELGADUPLICADO**



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 286108396



PIB

09:07:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YERZONH YAIR HERRERA PITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 74376406:

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.

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

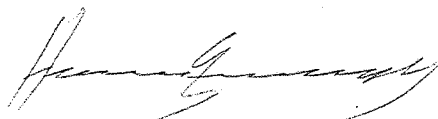
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 13 de diciembre de 2025, a las 09:11:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	74376406
Código de Verificación	74376406251213091134

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:20:43 AM horas del 13/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 74376406

Apellidos y Nombres: **HERRERA PITA YERZONH YAIR**

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 Modelía,
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: [djin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:djin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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, 13/12/2025 09:18:45 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **74376406** y Nombre: **YERZONH YAIR HERRERA PITA.**

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. **130000923** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

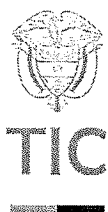
515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 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 74376406 **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 18/12/2025 03:21 PM



Código Verificación: VPTK6GRCM4D

Válida hasta: 15/03/2026

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 13:04:54 horas del 18/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **74376406**,
Apellidos y Nombres **HERRERA PITA YERZONH YAIR**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA**, con NIT **800006858-3** 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>



- OPORTUNIDADES NEGOCIALES**
Hay 16 han encontrado
- MÁS OFERTAS**
Hay 16 han encontrado

Grid of 6 placeholder cards for various services or products.

Sugerencias SECOP



Mantenimiento en SECOP II

Desde: Miércoles 01 de octubre a las 03:00 a. m.

Hasta: Miércoles 01 de octubre a las 05:00 a. m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, acudir a Configuraciones del Usuario > Mis registros.

Mensajes

Sin mensajes...

Todos
Mis mensajes
Mis información

Oportunidades de negocio

Sin oportunidades

Realizar
Mis información

1

2

3



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C7437640600192287
Codigo de verificacion

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **YERZONH YAIR HERRERA PITA**, identificado(a) con C.C. No. 74376406 y T.P. o R.M. No. 2404/2012 del(a) Secretaría de Salud de Boyacá, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 03 diciembre 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

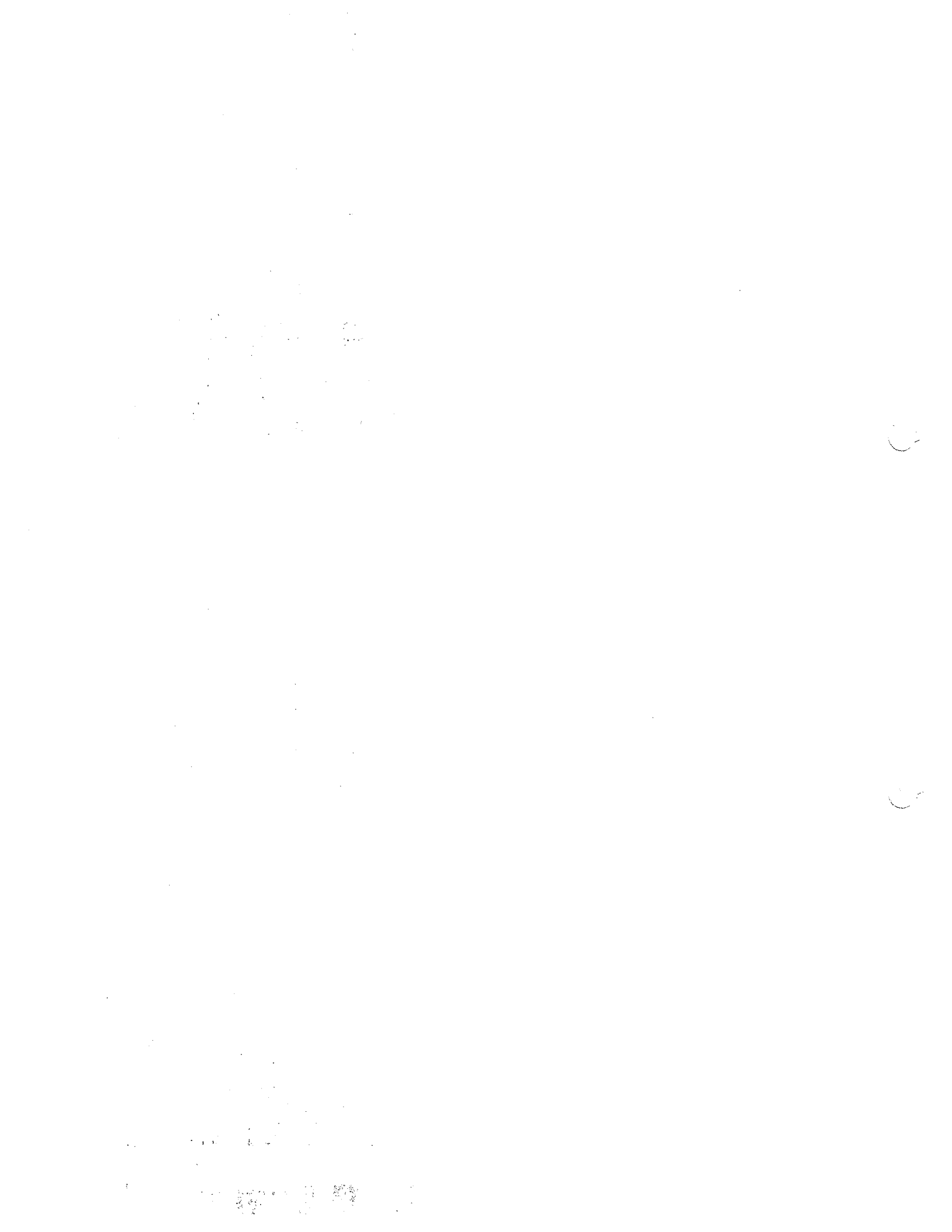
HERMAN REDONDO GÓMEZ
Presidente



Calle 147 No. 1ç-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

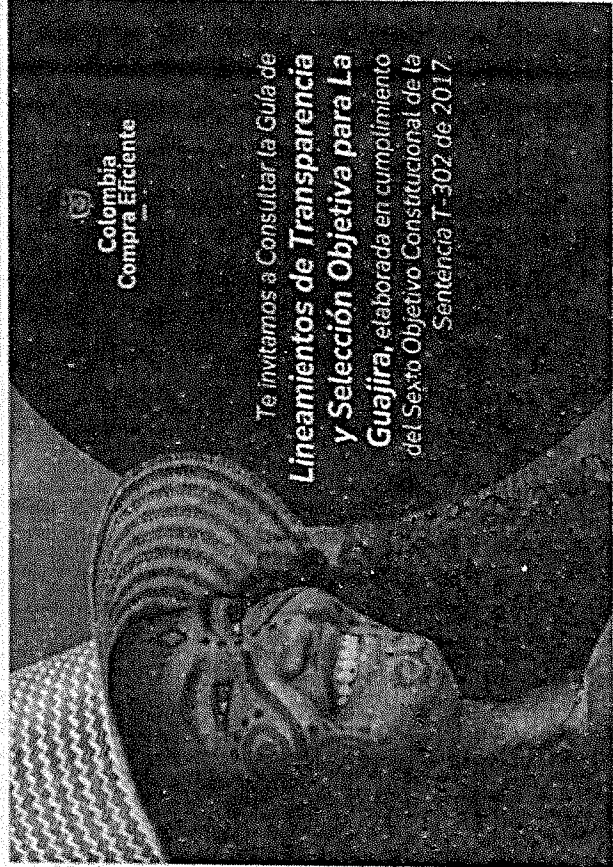
ULTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Ultimas Actualizaciones

- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)
- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)
- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)
- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)
- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)
- 0 [Administración de Recursos Humanos](#)

Sugerencias SECOP



Ya está asociado a una empresa

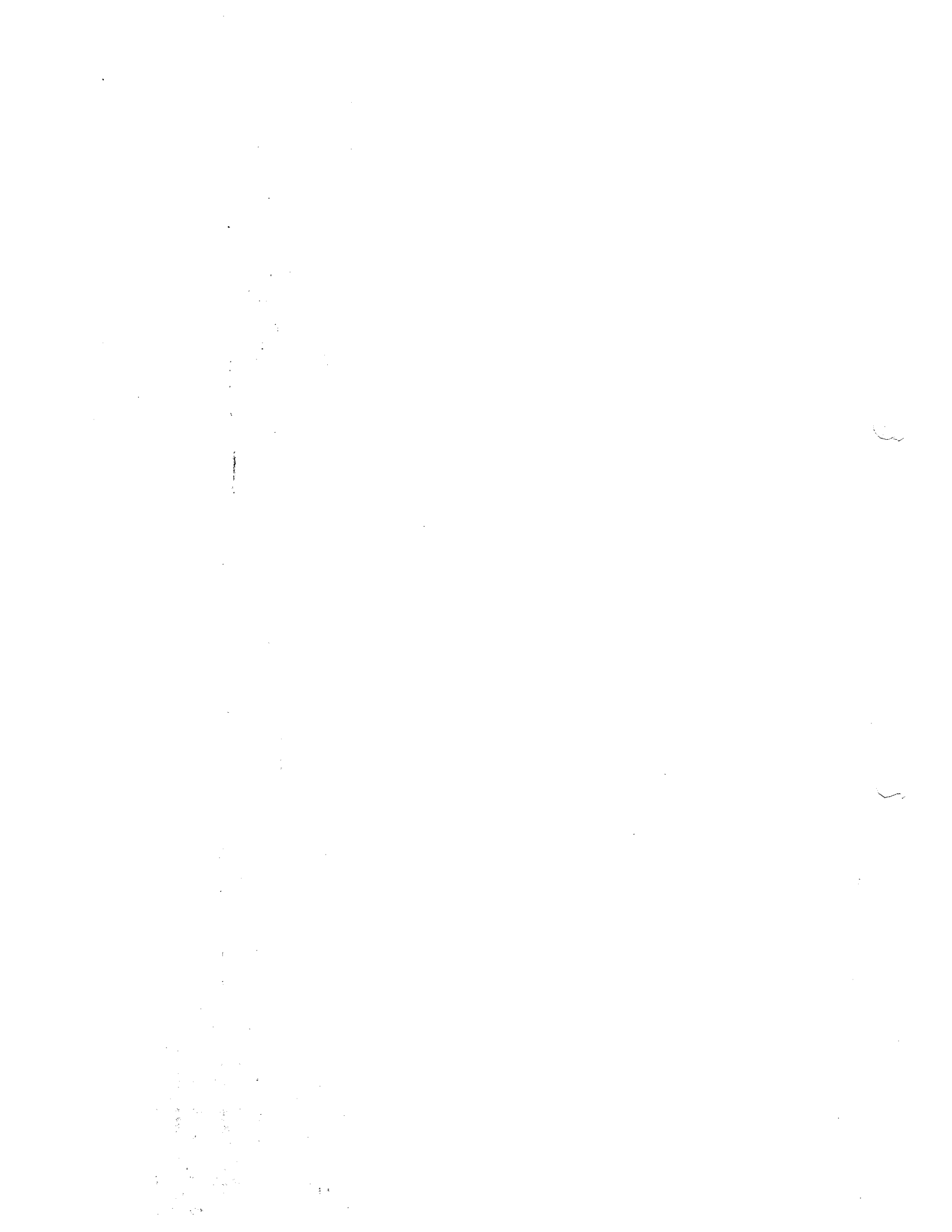
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, púese ir a Configuración del Usuario y Mis registros.

Mensaje Todavía

Sin mensajes. Más información

Oportunidades Recientes

Sin oportunidades. Más información



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141191766394



(415)7707212489984(8020) 000014119176639 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 4 3 7 6 4 0 6 | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2 | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3 | 26. Número de Identificación: 7 4 3 7 6 4 0 6
 28. País: COLOMBIA 1 6 9 | 29. Departamento: Boyacá 1 5 | 30. Ciudad/Municipio: Duitama 2 3 8
 31. Primer apellido: HERRERA | 32. Segundo apellido: PITA | 33. Primer nombre: YERZONH | 34. Otros nombres: YAIR

Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9 | 39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1 | 40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 50 A SUR 24 45 SEC TUNJUELITO

42. Correo electrónico: yerzonhherrera@gmail.com

43. Código postal: 1 1 0 1 1 1 | 44. Teléfono 1: 3 1 7 5 0 6 4 0 3 3 | 45. Teléfono 2: 3 1 5 6 1 5 4 0 0 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
8 6 2 1	2 0 1 1, 0 7 0 1			1 2	3 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 | 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

54. Impl. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros										Exportadores					
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			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

60. No. de Folios: 0


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

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA PITA YERZONH YAIR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA		FORMATO SARLAFT		Codigo	TH_FTO_45
				Version	0
				Vigencia	6/07/2022
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9-95		7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		MEDICO GENERAL	FECHA VINCULACION		2026-01-01
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO/SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS	\$ 3.500.000	ARRIENDOS	\$ 1.250.000	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	\$ 1.200.000	VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 2.000.000	OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 3.500.000	TOTAL EGRESOS	\$ 4.450.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 20.000.000
				TOTAL PASIVOS	\$ 20.000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A		N/A		N/A	N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
SILVA	GALVIS		NICOLAS		
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	TELEFONO/FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CRA 38 # 14-11	CUNDINAMARCA		AMIGO	3016778952	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
BANCOLOMBIA	CUENTA AHORROS	26272889383	TUNAL	34300000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:				CUAL:	
IMPORTACION <input type="checkbox"/> EXPORTACION <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <p>MEDICO GENERAL</p> <p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)</p> <p>3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p> <p>7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>					



FORMATO SARLAFT

Codigo	TH_FTO_45
Version	0
Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APROBADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son rigidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006R50-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
 3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
 4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
 5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que si he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
 6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
 7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
 8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION:** Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
 9. **AUTORIZACION:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

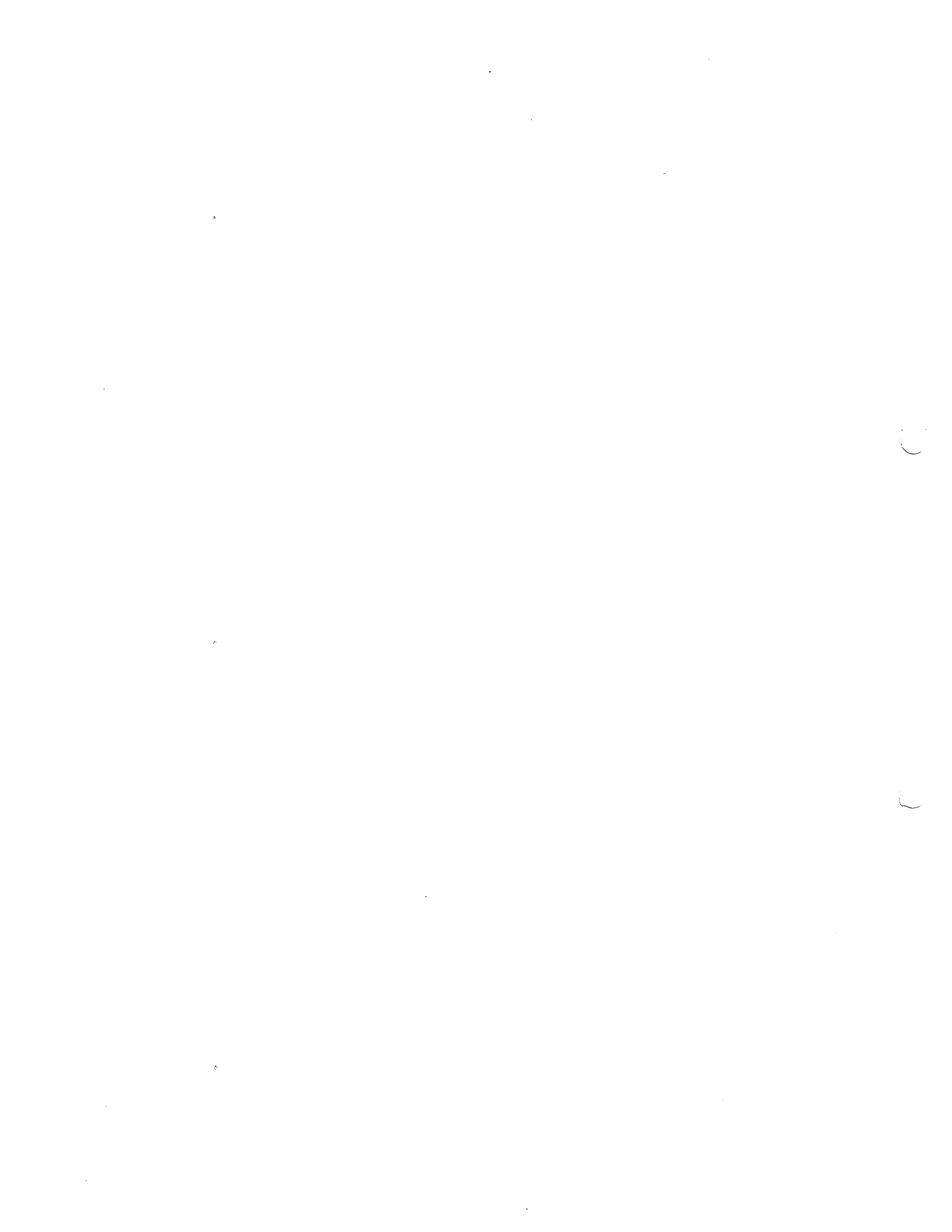
IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Yergouh Fari Herrera
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho





EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 = 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 74376406
NOMBRES Y APELLIDOS	Herrera Pita, Yerzonh Yair
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Herrera Pita, Yerzonh Yair, a los 14 días del mes de diciembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación





FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Herrera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pita		NOMBRES Yerzonh Yair	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 74376406			GENERO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 31 MES 07 AÑO 1980			CALLE 50A SUR 24A 45		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO BOGOTÁ. D.C.	
DEPTO BOYACÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO DUITAMA			TELÉFONO	EMAIL yerzonhherrera@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998	
										X					

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	13	X		MEDICINA	06	2011	

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 CRÓNOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	01	Mes	05	Año	2012	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 5 6 30			

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	13	7
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 Soacha 12 Dic 2025

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



**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **Yerzonh Yair Herrera Pita**
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. **74376406** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.
 DIRECCIÓN: CALLE 50A SUR 24A 45 TELÉFONO: 3175064033

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DERLIH LORENA HERRERA PITA	1052387973	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN 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
HONORARIOS	\$45.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$45.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	26272889383	DUITAMA	3.500.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
 C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA




FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 12/Oct/2015

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha 12 de Diciembre de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo YERZONH YAIR HERRERA PITA, identificado(a) con cedula No. 74.376.406 de DUITAMA, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO URGENCIAS, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si () no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.


Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Yerzonh Yair Herrera Pita

C.C. 74.376.406

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
Email: www.hmgyc.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
Soacha -Cundinamarca-Colombia.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE INDEMNIDAD							
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_02</td> </tr> <tr> <td>VERSION</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>05/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_02	VERSION	00	VIGENCIA	05/07/2022
	CÓDIGO	JUR_FTO_02						
VERSION	00							
VIGENCIA	05/07/2022							

Soacha, 12 de Diciembre 2025

Señores,

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

E. S. M.

Yo YERZONH YAIR HERRERA PITA, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 74.376.406 de Duitama, por medio del presente documento me permito manifestar que:


PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Yerzonh Yair Herrera Pita

C.C. No.74.376.406

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH FTO 31
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	5/07/2022	

Soacha 12 de Diciembre de 2025

Señores: Universidad

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA UPTC-TUNJA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo YERSONH YAIR HERRERA PITA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Artículo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

MEDICO CIRUJANO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Yersonh Yair Herrera Pita


Nº Documento 74.376.406

Tarjeta Profesional Nº 2404

Dirección de contacto CALLE 50ª SUR #24-45

Teléfono : 3175064033



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL Colpatria

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: YERSON YAIR HERRERA PITA

N.º Documento: 74.376.406

Fecha de Nacimiento: 31/07 /1980

Dirección: CLL 50 A SUR #24-45 SUR

Teléfono. Fijo – Celular: 3175064033

E-mail: yersonherrera@gmail.com

EPS: SANITAS

AFP: PORVENIR

Yerson Yair Herrera Pita

Firma Contratista: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.





**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA


Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E como trabajador independiente con número de afiliación 215221 y con número de NIT 800,006,850, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
YERZONH YAIR HERRERA PITA	C.C.	74,376,406	01/01/2026

Cordialmente,

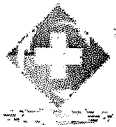
FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 24 de diciembre de 2025 a las 08:34:44 a. m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO JUR_FTO_20
		VERSION 01
	VIGENCIA 31/10/2023	

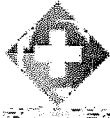
**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN
CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.**

Yo, YERZONH YAIR HERRERA PITA, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 74.376.406, expedida en DUITAMA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan



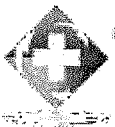
 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	31/10/2023

adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

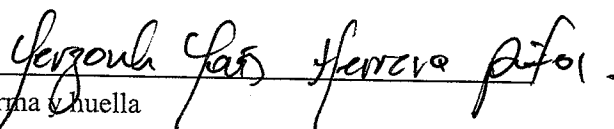
**APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD SOACHA**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS						
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>JUR_FTO_20</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>31/10/2023</td> </tr> </table>	CÓDIGO	JUR_FTO_20	VERSIÓN	01	VIGENCIA
CÓDIGO	JUR_FTO_20						
VERSIÓN	01						
VIGENCIA	31/10/2023						

Para constancia se firma en Soacha, a los 12 - DICIEMBRE DEL 2025

Firma y huella 




3175064033

Celular No.

YERZONHERRERATRABAJO@GMAIL.COM

Correo institucional

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH FTO 56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha, 12 Diciembre de 2025 .

Señores

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
 Soacha (Cundinamarca)

Yo YERSONH YAIR HERRERA PITA con C.C. 74.376.406 expedida en DUITAMA declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: artículo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Yersonh Yair Herrera Pita

 C.C.74.376.406





**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

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

Ciudad de Expedición BOGOTA, D.C.	SUCURSAL BOGOTA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 11-03-101027949	ANEXO No. 0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3175064033	
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45		CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3175064033	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 17 / 12 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2026	
		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2026
INTERMEDIARIO ISAZA BUCHHEIM SEGUROS LTDA	CLAVE 205125	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

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

REDUCIBLES: ° 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:	\$ *****115,802.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****22,002.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****137,804.00

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 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HAGEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11000631150731 (3900) 000000137804 (96) 20260130

REFERENCIA
PAGO:
1100063115073-1

[Handwritten Signature]

11-03-101027949

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

MARTHACORREDOR

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



SEGUROS DEL ESTADO
NIT. 860.009.378-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.	SUCURSAL BOGOTA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 11-03-101027949	ANEXO No. 0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA	DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC 74.376.406	TELEFONO 3175064033
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA	DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC 74.376.406	TELEFONO 3175064033
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 17 / 12 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 16 / 12 / 2026	
INTERMEDIARIO ISAZA BUCHHEIM SEGUROS LTDA CLIENTE		CLAVE 205125	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
www.segurosdevidaddelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de patrimonio:

Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

ORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189 | **Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445**

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****100,000,000.00	PRIMA:	\$ *****115,802.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****22,002.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****137,804.00

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.

CARRERA 13 NO 96-6074, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



REFERENCIA PAGO:
1100063115073-1

(415) 7709998021167 (8020) 11000631150731 (3900) 00000137804 (96) 20260130

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



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.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027949	0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3175064033	
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3175064033	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR : YERZONH YAIR HERRERA PITA C.C.74.376.406
 ASEGURADO: YERZONH YAIR HERRERA PITA C.C.74.376.406
 BENEFICIARIO : TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
 UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO
 VIGENCIA: 16/12/2025 AL 16/12/2026

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
 BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
 CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001
 EN ADICION 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-0

PROFESION DE LA SALUD : MEDICINA GENERAL

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.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$137.805

EN CASO DE REQUERIR FINANCIACION INMEDIATA, SOLICITE A SU ASESOR LAS MEJORES ALTERNATIVAS QUE LE OPRECE CREDIESTADO - WWW.CREDIESTADO.COM.CO
<http://www.crediestado.com.co/> (APLICAN TERMINOS Y CONDICIONES)

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 PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES 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.

PARAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), 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:

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.



**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.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027949	0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3175064033	
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3175064033	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2. EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION 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 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.

2.3. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
\$10.000.000

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO \$100.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS \$100.000.000
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%
DEMÁS AMPAROS : 10% MINIMO 1 SMLV

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, 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 EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-5

POLIZA DE SEGUO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027949	0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3175064033	
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3175064033	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
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 Y NO QUIRURGICOS 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.
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, 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 O TALENTO HUMANO 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 ACREDITADAS 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 DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, 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.
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.



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.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027949	0
TOMADOR YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 3175064033	
ASEGURADO YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC 74.376.406	
DIRECCION CL 50A SUR NRO. 24 - 45	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO 3175064033	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 PATOGENOS, 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 ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN 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:
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. EN TODO CASO SE ENCUENTRA COBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR 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 DISENTIMIENTO 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 SEGUERESTADO 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.



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.
BOGOTA		EMISION ORIGINAL		11-03-101027949	0
TOMADOR	YERZONH YAIR HERRERA PITA	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	CC	74.376.406
DIRECCION	CL 50A SUR NRO. 24 - 45	TELEFONO			3175064033
ASEGURADO	YERZONH YAIR HERRERA PITA	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	CC	74.376.406
DIRECCION	CL 50A SUR NRO. 24 - 45	TELEFONO			3175064033
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT			0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 ACUDIENENTES. 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, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

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 APPLICABLES, 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
- C. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

- A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y 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 APPLICABLE: COLOMBIA

CONDICIONES ADICIONALES:

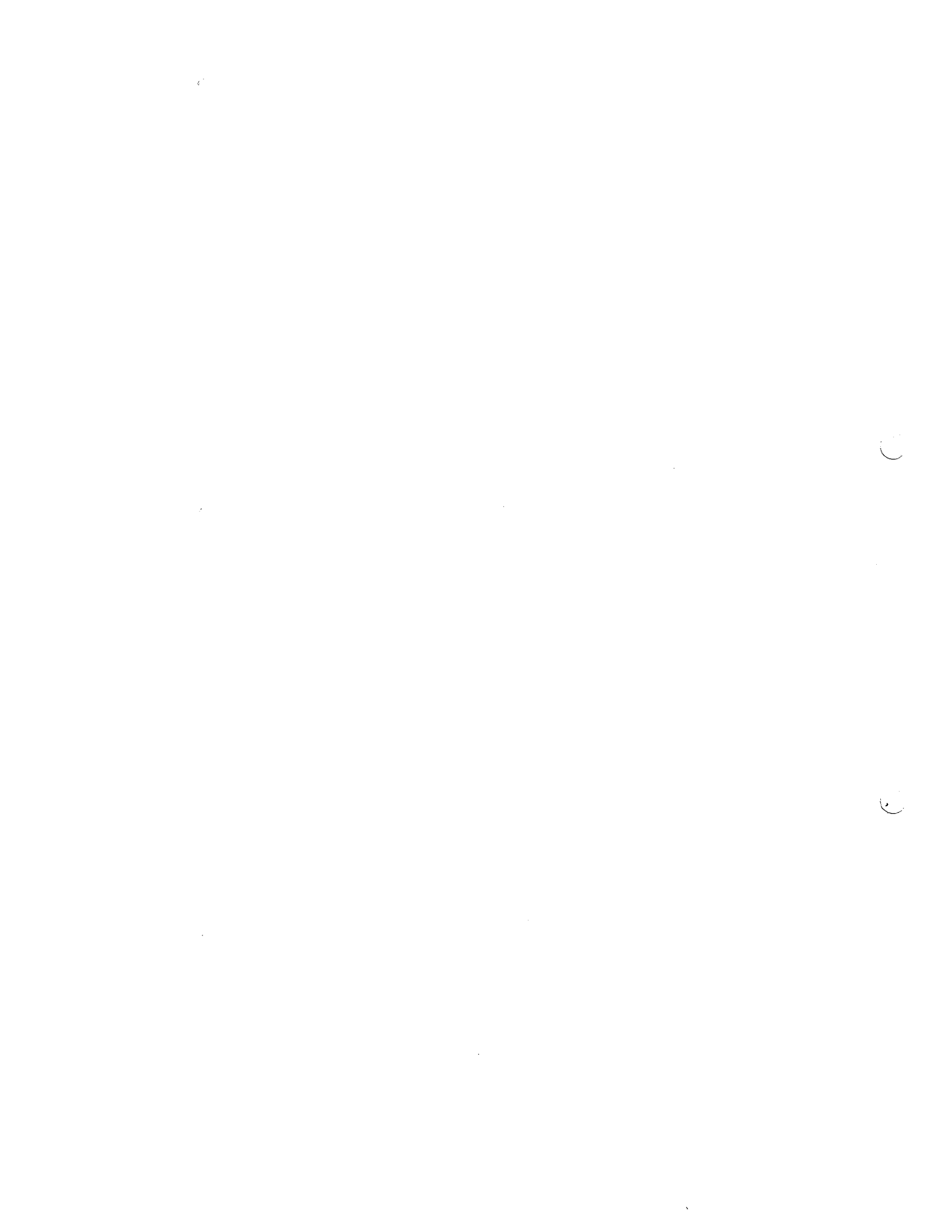
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

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, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

= NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO





SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	16	12	2025	BOGOTA		

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA)

CLASE DE VINCULACIÓN				TIPO DE SOLICITUD		
<input checked="" type="checkbox"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	<input checked="" type="checkbox"/> VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA	¿Cuál? _____		
				<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN		

1 INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
HERRERA	PITA	YERZONH YAI

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)	SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No: 74.376.406.	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DÍA MES AÑO 18 02 1999	DUITAMA	DÍA MES AÑO 31 07 1980	DUITAMA	COLOMBIANO

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
0	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL

TIPO DE ACTIVIDAD	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>	SOCIO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ASALARIADO <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	CIU
-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	---	-----

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
CALLE 50 A SUR N 24 45	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA		317 506 4033

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
YERZONHHERRERA@GMAIL.COM			SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :		4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____	
1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)*? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP*? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> DILIGENCIA ANEXO 1	
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		INDIQUE: _____	

2 INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1 BALANCE		2.2. INGRESOS Y EGRESOS	
TOTAL ACTIVOS (A)	\$ 50.000.000	INGRESOS MENSUALES	\$ 7.000.000
TOTAL PASIVOS (B)	\$ 40.000.000	EGRESOS MENSUALES	\$ 6.000.000
TOTAL PATRIMONIO (A - B)	\$ 50.000.000	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ 0

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3 ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/>
	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	Cuál _____	

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

*Vínculo / Relación: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
 *Persona Expuesta Políticamente (PEP): Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, universidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.
 *PEP Extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.
 *PEP de Organizaciones Internacionales: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO, DAR DETALLE: TRABAJO COMO MEDICO GENERAL.

4. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CENTRALES DE INFORMACIÓN Y CANAL DE COBRANZA

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vínculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: (i) El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; (ii) El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; (iii) Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; (viii) Enviar Información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; (ix) Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; (x) Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; (xi) Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; (xii) Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de **SEGUROS DEL ESTADO**; (xiii) Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; (xiv) En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y (xv) Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO**.

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por **SEGUROS DEL ESTADO** para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@segurosdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link <https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos>.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en <https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos>.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de Intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al Intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

Canales de Cobranza: a través de este formulario, he presentado a la Aseguradora datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por la Aseguradora para realizar gestiones de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a la Aseguradora y a las entidades que esta delegue para la realización de actividades de cobranza, a que me contacten para este propósito a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, llamadas telefónicas, correspondencia física, mensajería instantánea como WhatsApp y cualquier otro medio que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de cartera (cobranza), lo indicaré por escrito a la Aseguradora y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

- | | |
|--|---|
| <p>1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO</p> <p>a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificados de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros (si se requiere).</p> <p>2. INTERMEDIARIOS</p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> | <p>3. PROVEEDORES</p> <p>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).</p> <p>b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).</p> <p>4. BENEFICIARIOS</p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> <p>5. APODERADO</p> <p>a. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.</p> |
|--|---|

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA
INDICE
DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	_____ : _____	OBSERVACIONES:
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA			CARGO		SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA



Mivacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

12741

Mivacuna
Covid-19



Certificado de vacunación

Nombres:

Yerzom Yax,

Apellidos:

Herrera.

Documento
de identidad:

C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 74376406.

Fecha de
nacimiento:

Día 31 Mes 07 Año 1980.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27-02-2021	PFIZER	EN1195 6/21	UHES TUNAL	Myriam Diaz Auxiliar Enfermería	52874 625
	2	28-02-2021	PFIZER	EN1195 6/21	ZOMAR 20 UHES TUNAL	Jordy Bohorce	10244 69361

Escaneado con Cam

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1	15-05-14	02421015 C	Extrada
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	15-05-14	V501022	Getradis
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	JUCA	4-12-17	NJG 23	R...
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

SUSCRIPCIÓN JUNCA 4-12-17
 SERVICIO DE VACUNACION
 C/...
 ...
 ...

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
13 AGO. 2024 23456789				
Innovar Salud				
Toxóide Tetánico - Diférico (Td)	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
TdaP acelular				
Hepatitis B		016 MAY 2023 03200000		
		05 JUN 2023 03200000		
		29 NOV 2023 03391005		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	Ter Ref.			
	2do Ref.			
Tripe Viral 05 JUN 2023 01300000				
Mariana Diaz Hernández				
Aux. de Enfermería				
C.C. 1.01 / 236.1717				

Hospital Universitario Clínica San Rafael

Nº Orden: 1390169	Tipo Paciente: CONSULTA EXTERNA
Nombre: HERRERA PITA YERZONH YAIR	Institución: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
Identificación: CC - 74376406	Servicio: LABORATORIO CLINICO Piso: Sin Cama
Sexo: Masculino	Médico: -
Edad: 44 Años	Fecha Ingreso: 01/03/2025 03:18
Telefono: 3175064033	Fecha Impresión: 15/12/2025 07:30:14

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
---------	-----------	----------	-----------------------

Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs]: 7.8 (Técnica Quimioluminiscencia CMIA)		mIU/mL	
--	--	--------	--

No Reactivo 0.0 a 10.0
Reactivo 10.1 a 1000

Fecha/Hora Validación: 01/03/2025 04:10

Dra. Martha Janeth Conejo Rodriguez
C.C.1.033.677.656 Bact.U.C.M.C.

Nuestro Objetivo: La Excelencia Nuestro Compromiso: Usted



NIT. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000561200

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA PARTICULAR FECHA 16/07/2025 14:37:20
 PREOCUPACIONAL O INGRESO POS-OCUPACIONAL O EGRESO PERIÓDICO
 NOMBRE Y APELLIDO: YERZONH YAIR HERRERA PITA C.C 74376406
 EDAD 44 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR MEDICO APH



EXÁMENES PRÁCTICADOS

Evaluación médico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes de laboratorio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Visiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	Glic <input type="checkbox"/>	Col <input type="checkbox"/>	Trigli <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Optometría	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?			
Audiometría	<input checked="" type="checkbox"/>	Énfasis Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>		
Espirometría	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
 LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input checked="" type="checkbox"/>
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RESTRICCIONES
 NINGUNA

RECOMENDACIONES
 CONTROL OPTOMETRÍA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR VISION CERCANA
 CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO CONTROL POR NUTRICIÓN
 USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMENES DE EGRESO
 Sospecha de enfermedad laboral SI NO ¿Cuál?

[Handwritten signature]

FIRMA DEL PACIENTE



[Handwritten signature]
 José Luis Rodríguez Benavente
 Médico Cirujano
 Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo SST
 CC 79570561 R# 304096/1999
 L.H. BO 14078-30/11/2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1952

COPIA DE ACTA DE GRADO

De: HERRERA PITA YERZONH YAIR

ACTA DE GRADO No. CS 57. En la ciudad de Tunja, Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 16 días de Junio de 2011, el Rector de la UPTC, el Secretario General, el Decano y el Secretario de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, teniendo en cuenta que el(la) estudiante HERRERA PITA YERZONH YAIR identificado con C.C No. 74376406 expedida en DUITAMA, ha cursado y aprobado, con la intensidad y extensión requeridas los estudios de la carrera profesional, cumpliendo con el requisito de grado estatutario (Internado Rotatorio), para obtener el Título profesional de


MEDICO CIRUJANO


De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No. 3346 de fecha 16 de Junio de 2011 y en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad, en nombre de la República de Colombia por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el título mencionado y lo declara idóneo para ejercer su profesión, en testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro 45, Folio 511 del 16 de Junio de 2011.

En constancia se firma por quienes intervinieron en esta graduación

RECTOR (Firmado) GUSTAVO ORLANDO ALVAREZ ALVAREZ
SECRETARIO GENERAL (Firmado) SULMA LILIANA MORENO GOMEZ
DECANO DE LA FACULTAD (Firmado) LUCIA CARLOTA RODRIGUEZ BARRETO
SECRETARIO DE LA FACULTAD (Firmado) MERY MOZO FONSECA

Se expide en Tunja a los 16 días de Junio de 2011


MARIO MENDOZA MORA
COORDINADOR DE ADMISIONES Y CONTROL
DE REGISTRO ACADEMICO


SULMA LILIANA MORENO GOMEZ
SECRETARIO GENERAL



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 6855 de 1953 y Ley 71 de 1962

Teniendo en cuenta que:

Herzuly Wair Herrera Riba

C. C. N° 74376.406 de Duitama (Boyacá)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

MÉDICO CIRUJANO

En testimonio de ello, otorga el presente DIPLOMA

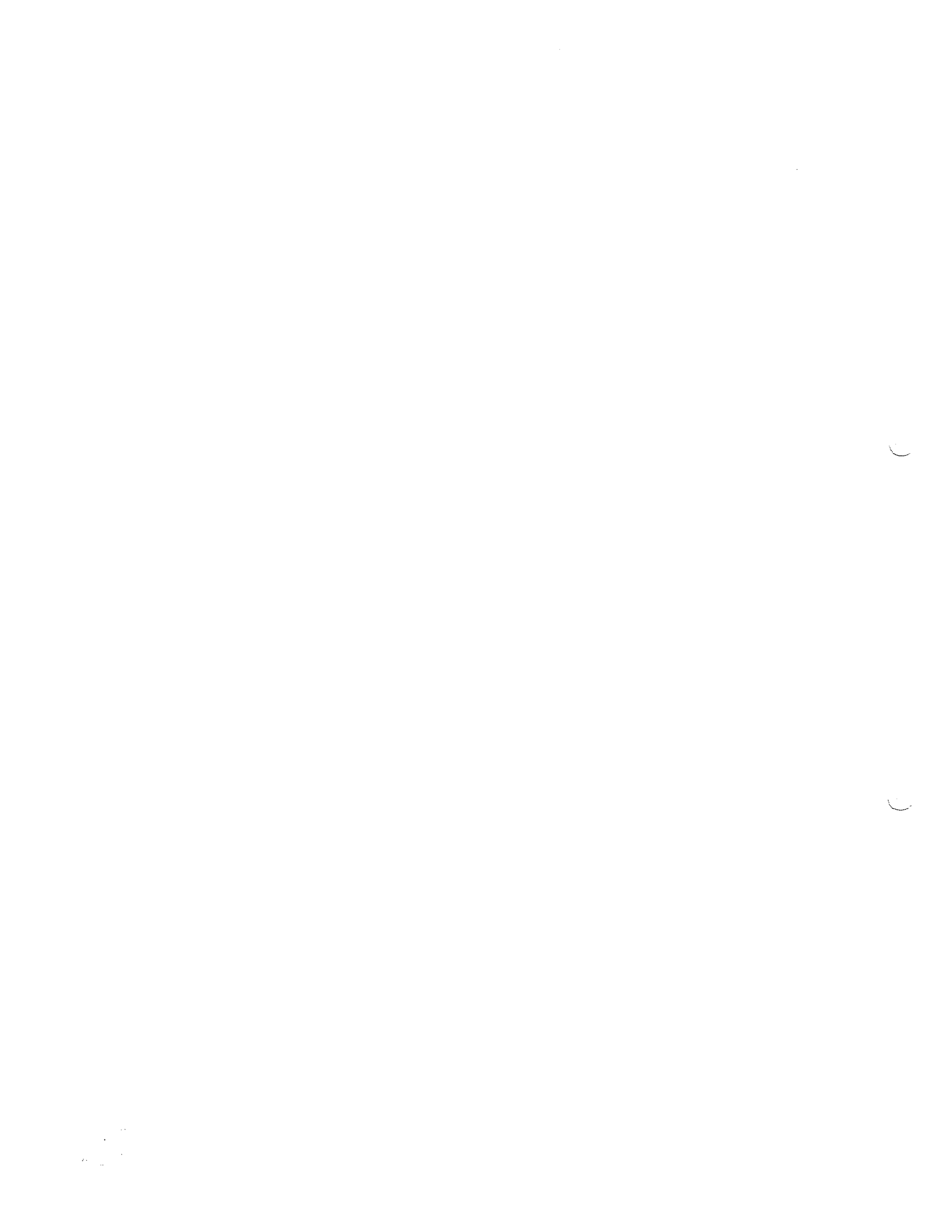
en Togo, a los 05 días del mes de junio de 2011

[Signature]
Rector

[Signature]
Vicerrector General

[Signature]
Rector

Ministerio y Consejo
de Registro Académico
Teléfono: 68876
Escribanía: 68845
Fax: 68850
Código Postal: 688301



UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
Decreto 2655 de 1953 y Ley 73 de 1962

EL COORDINADOR DE ADMISIONES Y CONTROL DE REGISTRO ACADEMICO

CERTIFICA

Certificado No. 420422

Que en el Folio 511 del Libro No. 45 de fecha 16 de Junio de 2011 se encuentra registrado el Diploma de MEDICO CIRUJANO de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, correspondiente a HERRERA PITA YERZONH YAIR, con Cédula de Ciudadanía No. 74376406 expedida en QUITAMA Diploma No. 68876 expedido mediante Resolución No. 2346 del 16 de Junio de 2011

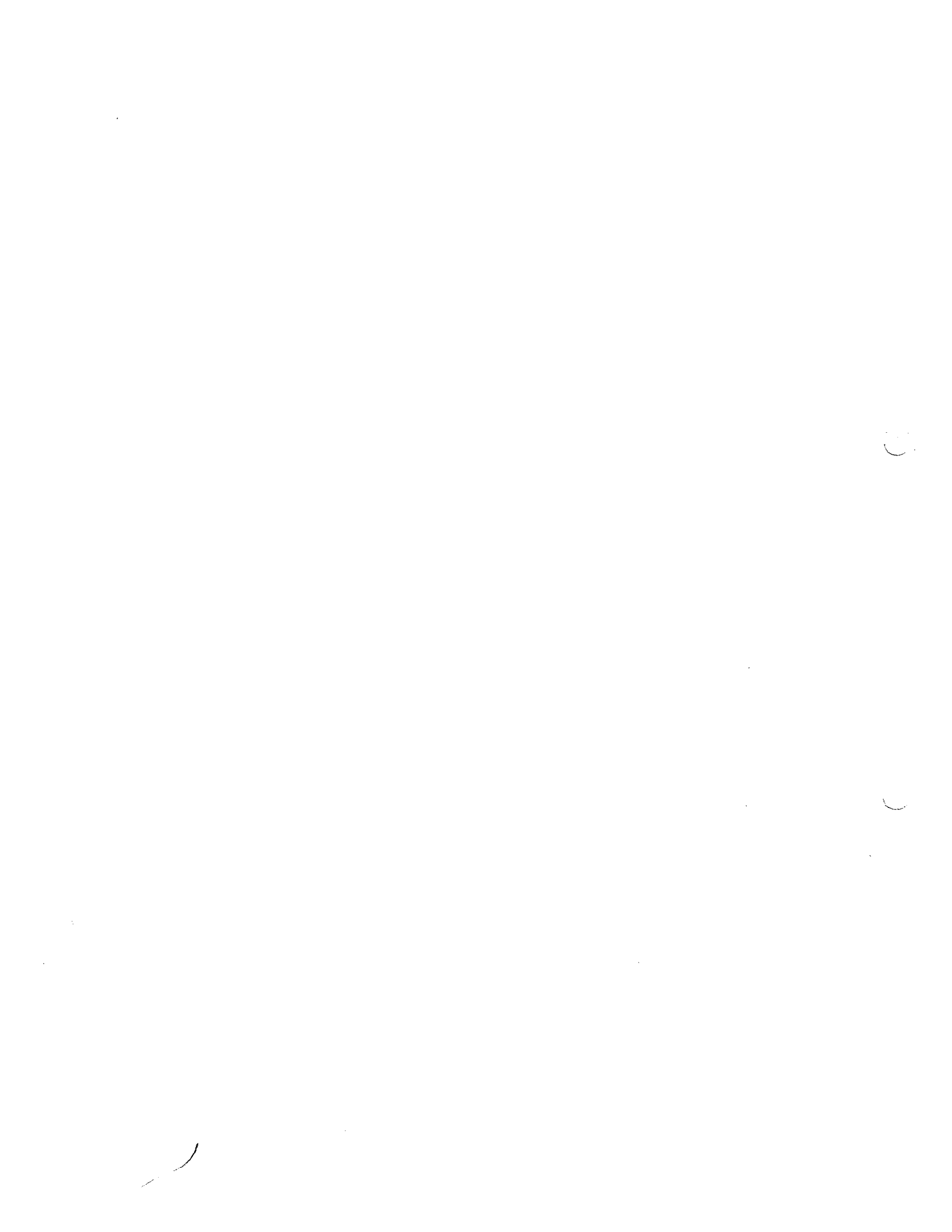
Acta	de	Grado	No	CS	57
------	----	-------	----	----	----

Se expide en Tunja, a los 10 días del mes de Octubre de año 2012


MARIO MENDOZA MORA
Coordinador

Folio 511

Esta constancia no es válida sin el sello y la firma del responsable de la unidad





Transacción exitosa



Confirma la autenticidad del comprobante
escaneando este QR desde tu app DaviPlata

Pasaste Plata a Davivienda

Cuenta de Ahorros
0057 7022 2759



Compartir

Valor

\$104.300

Desde

DaviPlata - 317 506 4033

Fecha y hora de la transacción

Diciembre 22 de 2025 - 01:13 p. m.

Número de aprobación

006563

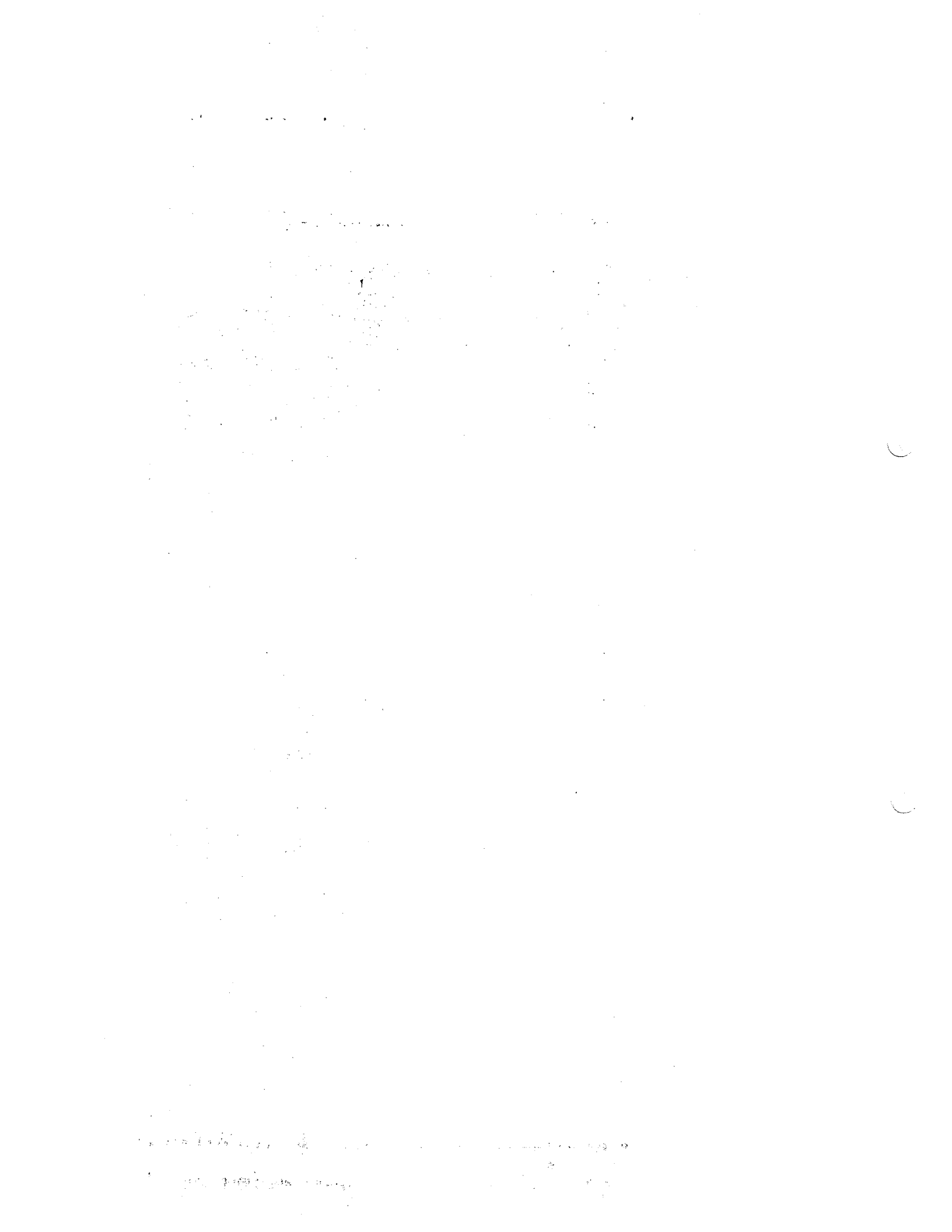
Costo de la transacción

\$ 0

WISSI ADO

Banco Davivienda S.A.





Información personal

Información Personal: validado correctamente

+ Información Basica de cuenta

Información Académica: Validado correctamente

Archivos Adjuntos: Archivos adjuntos cargado correctamente

Información Personal Requerida

Género

Masculino ▼

Estado Civil

Soltero(a) ▼

Grupo Etnico

Ninguno de los anteriores ▼

Información de Nacimiento

País Colombia

Ciudad DUITAMA, BOYACÁ

Fecha 31-julio-1980

Información de Residencia

País Colombia

Ciudad DUITAMA, BOYACÁ

Dirección AK 18 27 23 BRR LA PAZ

Información Estudios de **Pregrado de Medicina**

Origen de obtención del título: Local Extranjero

Información de la institución donde se obtuvo el título de pregrado

Institución Nacional U. Pedagógica Y Tecnológica De Colombia - TUNJA

Fecha de grado

16-junio-2011

Número del diploma o acta de grado 68876

Información Personal: validado correctamente

Información Académica: Validado correctamente

Archivos Adjuntos: Archivos adjuntos cargado correctamente

Resolución de Autorización del Ejercicio Profesional de **Medicina**

¿Usted se ha registrado anteriormente para ejercer su profesión en alguna dirección territorial (Ministerio, Secretaría o Gobernación)?

De acuerdo con el Artículo 14 del decreto 4192 de 2010, la fecha de registro en el sistema para ejercicio profesional aparecerá impresa en su tarjeta profesional. Asegúrese de ingresar la información correcta para no invalidar su tarjeta profesional:

Si No

Información de la resolución de autorización del ejercicio profesional

Dirección Territorial Cundinamarca

Fecha de resolución de autorización 18-marzo-2014

Número de resolución de autorización 251629

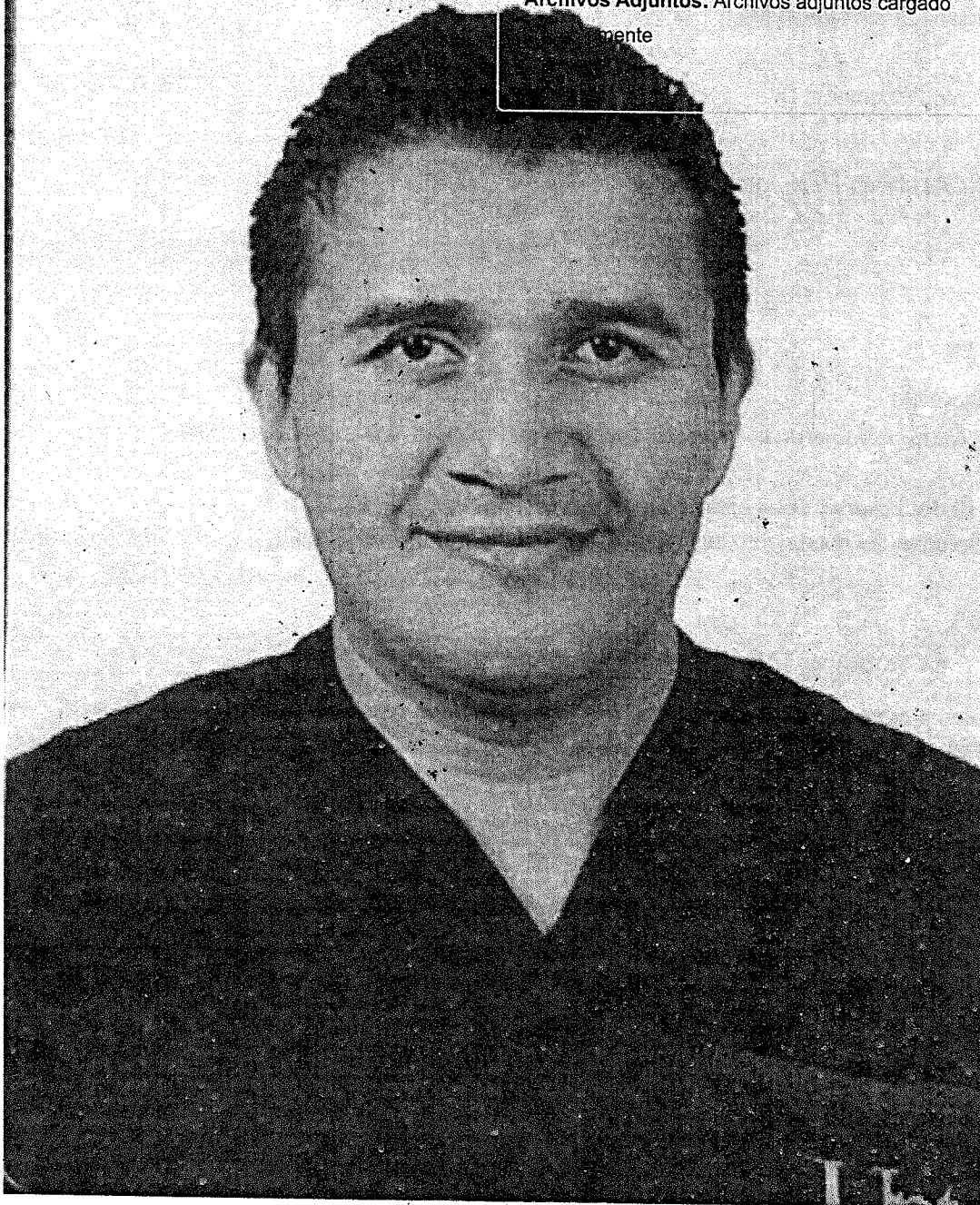
Adjuntar documentos

Puede cargar imágenes en formato JPEG, PNG, BMP o archivos PDF.

foto para su tarjeta profesional

Cargar Documento ()

Información Personal: validado correctamente
Información Académica: Validado correctamente
Archivos Adjuntos: Archivos adjuntos cargado
correctamente



Ancho mínimo de la imagen 600 píxeles.

Recuerde que esta foto saldrá impresa en su tarjeta profesional de forma muy similar a como la puede ver en acá.

- Foto a color
- Fondo blanco, sin sombras
- De frente

- Buena calidad

Información Personal: validado correctamente
Información Académica: Validado correctamente
Archivos Adjuntos: Archivos adjuntos cargado correctamente

documento de identidad

Cargar Documento ()

Archivo PDF guardado

Ancho mínimo de la imagen 1200 pixeles.

El documento debe estar escaneado verticalmente.

Imagen del documento de identidad escaneado por ambas caras

diploma pregrado de Medicina

Cargar Documento ()

Archivo PDF guardado

Ancho mínimo de la imagen 1200 pixeles.

El documento debe estar escaneado verticalmente.

Imagen del diploma de su título de pregrado

acta de grado de Medicina

Cargar Documento ()

Archivo PDF guardado

Información Personal: validado correctamente
Información Académica: Validado correctamente
Archivos Adjuntos: Archivos adjuntos cargado correctamente

Ancho mínimo de la imagen 1200 pixeles.

El documento debe estar escaneado verticalmente.
Imagen del acta de grado de su título de pregrado

Resolución de Autorización del Ejercicio Profesional

Cargar Documento ()

Archivo PDF guardado

Ancho mínimo de la imagen 1200 pixeles.

El documento debe estar escaneado verticalmente.
Imagen de la Resolución de Autorización del Ejercicio Profesional

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 de Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012, manifiesto mi autorización al Colegio Médico Colombiano, como tratante de los datos personales obtenidos a través de su aplicativo y de las diferentes actividades relacionadas con esta entidad, para continuar con el tratamiento de mis datos personales conforme a las políticas de privacidad que han sido establecidas bajo los parámetros de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales en Colombia, dando cumplimiento a nuestras políticas y procedimientos de manejo de datos personales.

Acepto





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

YERZONH YAIR

HERRERA PITA

C.C. 74376406

MEDICO(A)

Expedicion

18/03/2014

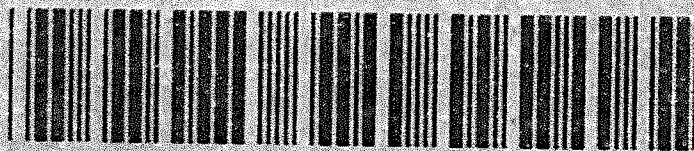


IDentico S.A.S

Suel M. Celis

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YERZOMH YAIR HERRERA PITA identificado(a) con CC 74376406 registra La siguiente información:

2021-12-13--5:42:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-12-13	2404 GOBERNACION DE BOYACA

La información encuentra se

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).

CERTIFICADOS EN SALUD SAS

NIT: 901.804.852-8

CERTIFICA QUE:

VERZONH YAIR HERRERA PITA

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 74376406

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 30/09/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez



Leidy Cendales
LEIDY CENDALES
GERENTE
CC 1.069.738.657



CERTIFICADOS
EN SALUD

Freyner León

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIFICADOS EN SALUD SAS

NIT: 901.804.852-8

CERTIFICA QUE:

YERZONH YAIR HERRERA PITA

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 74376406

Asistió al curso de:

*CURSO BÁSICO ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO
SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)*

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 30/09/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez



Leidy Cendales
LEIDY CENDALES
GERENTE
CC 1.069.738.657



Freyner León

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CERTIFICADOS EN SALUD SAS

NIT: 901.804.852-8

CERTIFICA QUE:

VERZONH YAIR HERRERA PITA

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 74376406

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO GESTIÓN DEL DUELO (GD)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 30/09/2024. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez



Leidy Cendales
LEIDY CENDALES
GERENTE
CC 1.069.738.657



CERTIFICADOS
EN SALUD

Freyner León

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

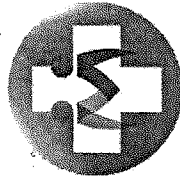
CERTIFICA QUE:
Yerzonh Yair Herrera Pita

Realizó el curso de:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

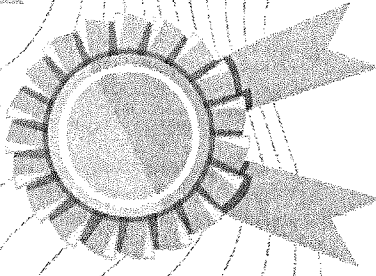
ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

Fecha de Emisión: diciembre 18, 2025

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD
SOACHA



Vertical line of text or a page number indicator.

Small cluster of characters or symbols.

Small mark or symbol on the right side.

Small mark or symbol on the right side.

CV-10703-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

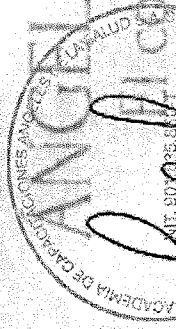
YERZONH YAIR HERRERA PITA

C.C. 74.376.406

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **ATENCIÓN CLÍNICA DEL DENGUE** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

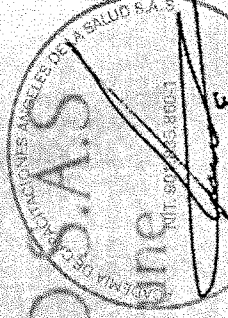
BOGOTÁ D.C 17 DE DICIEMBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES



LINA M. MEDINA

GERENCIA



NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 – 3222354745

atencionalcliente@angelesdelasalud.com

www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA DICIEMBRE DE 2027

CV-10704-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

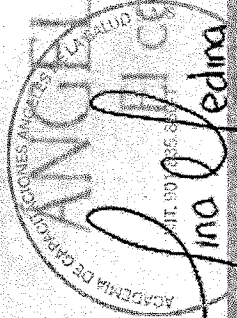
YERZONH YAIR HERRERA PITA

C.C. 74.376.406

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **ATENCIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE LA FIEBRE AMARILLA** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

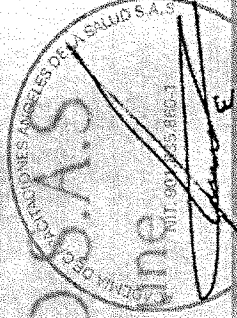
BOGOTÁ D.C 16 DE DICIEMBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES



LINA M. MEDINA

GERENCIA



NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN

3505618740 – 3222354745

atencioncliente@angelesdelasalud.com

www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA DICIEMBRE DE 2027

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Yerzonh Yair Herrera Pita

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: 90,00 %

13 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68241ff8-13d0-4c19-a55b-10adac1f096e>

23

2

2

2



Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

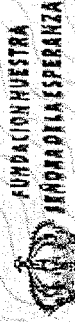
Yerzonh Yair Herrera Pita

CC 74376406 de Duitama - Boyacá

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

Fecha de emisión: 2025-07-17
Fecha de vencimiento: 2027-07-17

Verificación:



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

[Signature]

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051860. Copnia.

[Signature]

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

[Signature]

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

6

6

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Yerzonh Yair Herrera Pita

CC 74376406 de Duitama - Boyacá

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

Fecha de emisión: 2025-07-15
Fecha de vencimiento: 2027-07-15

Verificación:



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la página

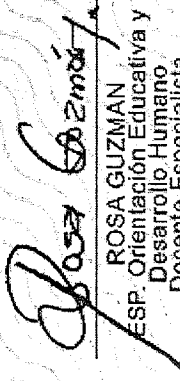
www.fundacionnuestraesperanza.co



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



DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

2

3

CERTIFICADOS EN SALUD SAS

NIT: 901.804.852-8

CERTIFICA QUE:

YERZONH YAIR HERRERA PITA

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 74376406

Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO EN HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 30/09/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez

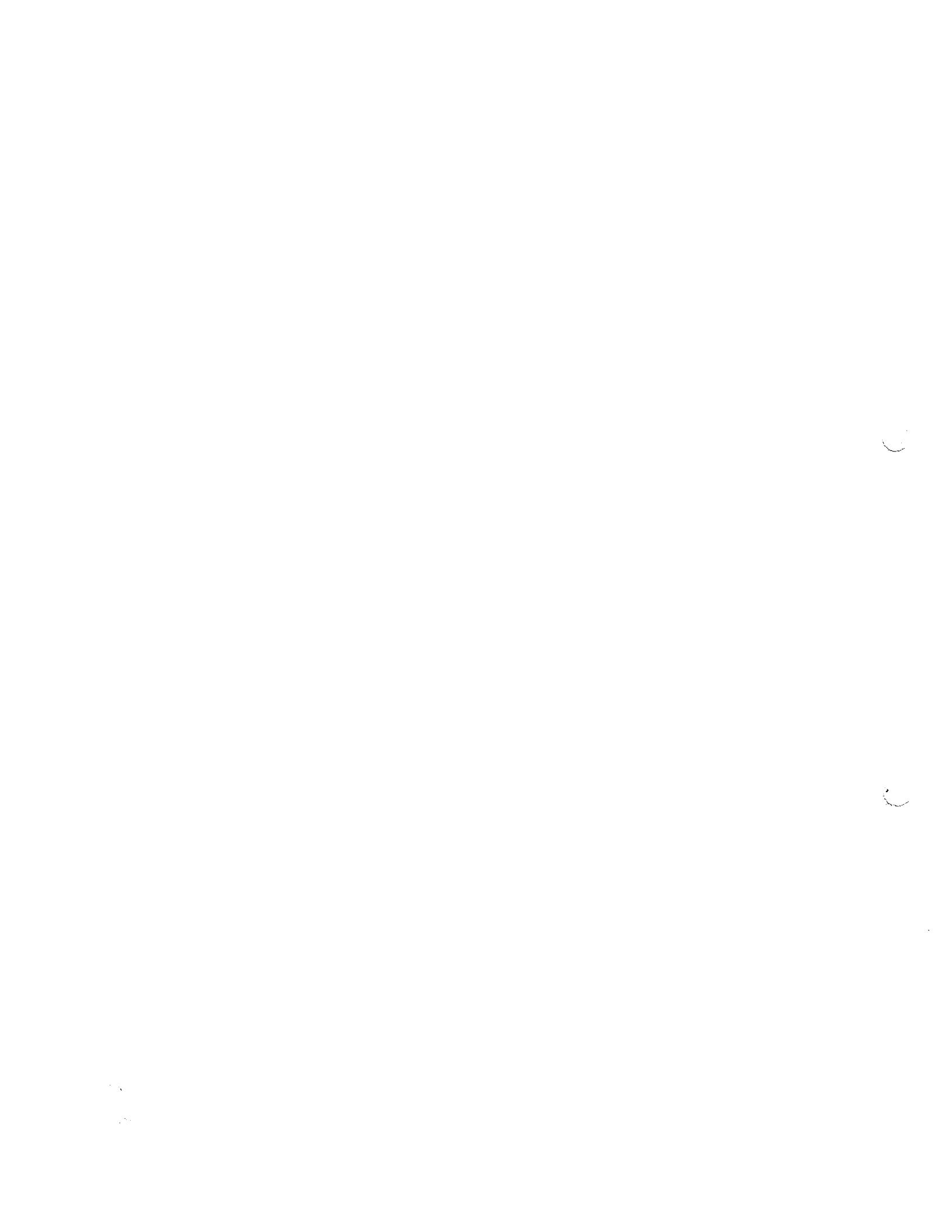


Leidy Cendales
LEIDY CENDALES
GERENTE
CC 1.069.738.657



Freyner León

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330



CERTIFICADOS EN SALUD SAS

NIT: 901.804.852-8

CERTIFICA QUE:

YERZONH YAIR HERRERA PITA

Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 74376406

Asistió al curso de:

SEDACION BASICA

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ EL 30/09/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifica Validez



Leidy Cendales
LEIDY CENDALES
GERENTE
CC 1.069.738.657



CERTIFICADOS
EN SALUD

Freyner León

FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CV-10705-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

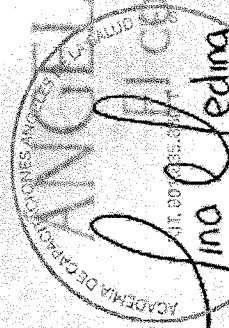
YERZONH YAIR HERRERA PITA

C.C. 74.376.406

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller 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.

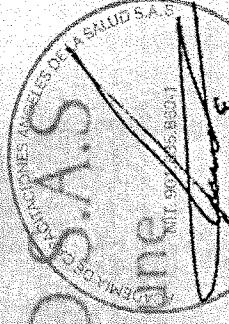
BOGOTÁ D.C 15 DE DICIEMBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S.



LINA M. MEDINA

GERENCIA

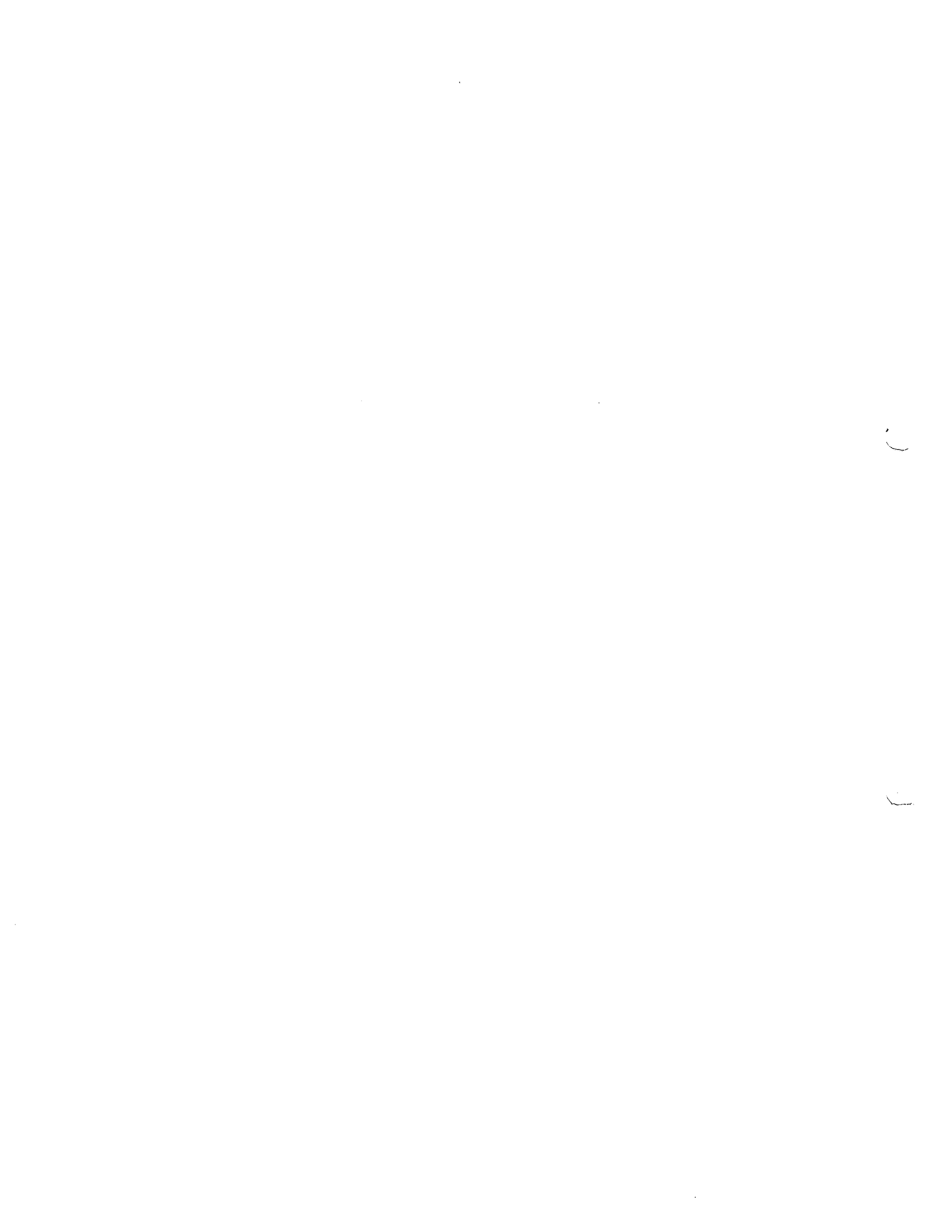


NELSON F. CASTILLO

DIRECCION

3505618740 – 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA DICIEMBRE DE 2027



CV-10720-2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

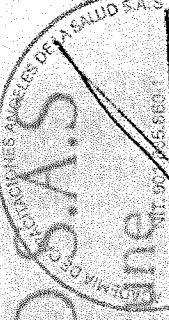
YERZONH YAIR HERRERA PITA

C.C. 74.376.406

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **GESTIÓN OPERATIVA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS** 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 DICIEMBRE DE 2025

ACADEMIA DE CAPACITACIONES



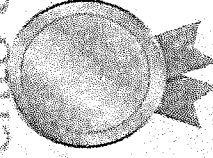
NELSON F. CASTILLO

DIRECCIÓN



LINA M. MEDINA

GERENCIA



3505618740 – 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA DICIEMBRE DE 2027

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) YERZONH YAIR HERRERA PITA, identificado(a) con CC. No. 74376406, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 4673 2024:

Fecha Inicio: 26/08/2024 Fecha Terminacion: 31/10/2024 Valor Contrato: \$14.926.770

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".

1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente. 2. Garantizar el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 3. Garantizar el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia). 4. Realizar la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5. Realizar las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención. 6. Desarrollar las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. 7. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 8. Garantizar el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9. Velar por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria. 10. Realizar informe y registro oportuno de datos críticos. 11. Efectuar reporte y registro de sucesos de seguridad. 12. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. 13. Dar trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 14. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 15. Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 16. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos. 18. Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos

5-20, Valoraciones y Traslados” por medio del aplicativo designado para tal fin. 19. Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 20. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21. Dar uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes. 22. Realizar el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF. 23. Efectuar el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos. 24. Realizar el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 25. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de “informe y cuenta de cobro”, “cuenta de cobro Word” y “certificado de pago de aportes sociales”, para el pago de sus respectivos honorarios. 26. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 “APH” dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

Contrato PS 7951 2021:

Fecha Inicio: 16/11/2021

Fecha Terminación: 25/08/2024 Valor Contrato: \$202.308.860

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2808992 - 2021 "APH"

1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente. 2. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre-hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 3. Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Pre-hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia. 4. Valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5. Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos. 6. Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas. 7. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 8. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9. Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención médica Pre Hospitalaria. 10. Informe y registro oportuno de datos críticos. 11. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 13. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 14. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 15. Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de



Urgencias y Emergencias CRUE. 16. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos. 18. Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. 19. Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 20. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21. Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 22. Diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Pre-hospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF. 23. Registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos. 24. Verificación pre-operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. 25. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. 26. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

Contrato PS 7534 2021:

Fecha Inicio: 01/10/2021 Fecha Terminacion: 31/10/2021 Valor Contrato: \$6.267.456

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2808992 - 2021 "APH".

1. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. 2. Participar en la actualización documental del servicio. 3. Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia... 4. Valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5. Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos. 6. Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas. 7. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. 8. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9. Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención médica Pre Hospitalaria. 10. Informe y registro oportuno de datos críticos. 11. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 13. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. 14. Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15. Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 16. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos. 18. Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos

5-20, Valoraciones y Traslados” por medio del aplicativo designado para tal fin. 19. Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 20. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21. Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 22. Diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF. 23. Registro adecuado y oportuno de kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos. 24. Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. 25. Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. 26. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. 27. Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".

Contrato PS 4470 2021:

Fecha Inicio: 20/03/2021

Fecha Terminacion: 29/08/2021 Valor Contrato: \$28.931.872

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÈMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. 4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. 5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos de historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices

relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 14. El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos. 15. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 16. Participar en la programación de actividades del servicio. 17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración de respuestas a quejas, reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 20. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. 21. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 23. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 24. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 26. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 27. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL. 28. Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. 29. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. 30. Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria - Hospitalización domiciliaria. 31. Todas las actividades deberán ser coordinadas con el líder del proceso. 32. Utilizar los elementos de protección necesarios. 33. Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2020.

Contrato PS 3895 2021:

Fecha Inicio: 11/02/2021 Fecha Terminación: 28/02/2021 Valor Contrato: \$3.492.856

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico ético y humano, de una manera oportuna y

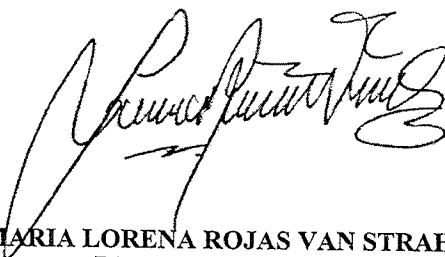
pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. 4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. 5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos de historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 13. Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 14. El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos. 15. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 16. Participar en la programación de actividades del servicio. 17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración de respuestas a quejas, reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 20. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. 21. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 23. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 24. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 26. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. 27. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito

indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL. 28. Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. 29. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. 30. Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de atención Domiciliaria - Hospitalización domiciliaria 31. Todas las actividades deberán ser coordinadas con el líder del proceso. 32. Utilizar los elementos de protección necesarios. 33. Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2020

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 10 de Octubre de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria

Revisó: Maria Lorena Rojas Van Strahlen - Directora de Contratación

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) SILVA GALVIS NICOLAS; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1098631942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	4643 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 78.293.076
FECHA DE INICIO	2020-05-27
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-04-30
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Prestar servicios Profesionales como medico para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio interadministrativo 2031139-2020 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria de Salud, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estandares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitacion de Servicios de Salud Vigente. 2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atenciones dados por la Direccion Centro Regulador de Urgencia y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atencion medica durante los procesos de valoracion, evaluacion, formulacion y entrega del paciente a la Institucion de Salud, cumpliendo con los procedimientos guias y protocolos de la Subred Sur para la atencion de pacientes en el programa de atencion Prehospitalaria. 3. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programacion de actividades, con registro de novedades, ademas del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomedicos asignados a las moviles al responsable delegado por la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio interadministrativo 2031139-2020 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria Distrital de Salud. 4. Realizar el registro en el sistema de informacion del 100% de los registros de la historia clinica, modulos de reportes, formulacion de medicamentos, inventarios y control de medicamentos. Fichas de notificacion obligatoria, Seguridad del Paciente y inherente al proceso de Atencion Pre-Hospitalaria, Ingresar en un termino no mayor a 24 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defuncion, Cumplir con la resolucion 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. 5. Liderar el equipo de la movil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la direccion centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, asi mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operacion, de las moviles adscritas a la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria Convenio interadministrativo 2031139-2020 suscrito entre la Subred Sur y la Secretaria Distrital de Salud. 6. Revisar periodicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la movil, cumplir con el registro en los formatos disenados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revision periodica de las ambulancias. Garantizar la adecuada presentacion personal e identificacion como contratista de la Subred Sur; mantener una adecuada custodia de los equipos biomedicos, insumos y demas elementos de la movil asignada, asi mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario. 7. Cumplir con la programacion de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atencion Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E. 8. Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 24 días del mes de Septiembre de 2024.

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nít No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) SILVA GALVIS NICOLAS ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1098631942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	4962 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 53.111.928
FECHA DE INICIO	2021-05-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-10-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	MEDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Prestar servicios Profesionales como médico para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente.
2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atenciones dados por la Dirección Centro Regulador de Urgencia y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención médica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.
3. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas y carné) durante el desarrollo de las actividades contractuales.
4. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con el líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 24 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.
5. Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria.
6. Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. Garantizar la adecuada presentación personal e identificación como contratista de la Subred Sur; mantener una adecuada custodia de los equipos biomédicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario.
7. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E.
8. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 24 días del mes de Septiembre de 2024.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) NICOLAS SILVA GALVIS; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1098631942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	7763 de 2021
OBJETO	-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 185.017.159
FECHA DE INICIO	2021-11-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-08-11
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	MÉDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Prestar servicios Profesionales como médico para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente
- 2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención médica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.
- 3. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad del móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.
- 4. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet, incluyendo cargadores y equipos de radio comunicaciones) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 12 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.
- 5. Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la Subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.
- 6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos incluyendo los medicamentos de control especial (y el registro adecuado en libro) asignados a los inventarios del móvil, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inventario mensual de medicamentos de control especial, registro de bitácoras de equipos biomédicos, oportunidad de registro en el aplicativo RUAF ND, e historias clínicas durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas.
- 7. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.
- 8. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 24 días del mes de Septiembre de 2024.



FRANCISCO ANTONIO GARZÓN HINCAPIÉ
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) NICOLAS SILVA GALVIS; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1098631942 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	6334 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO MEDICO GENERAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 12.330.810
FECHA DE INICIO	2024-08-12
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-09-30
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	MÉDICO GENERAL

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Prestar servicios Profesionales como médico para el programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente.
- Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención médica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.
- Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad del móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.
- Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet, incluyendo cargadores y equipos de radio comunicaciones) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder del programa de Atención Prehospitalaria o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 12 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.
- Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la Subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.
- Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos incluyendo los medicamentos de control especial (y el registro adecuado en libro) asignados a los inventarios de la móvil, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inventario mensual de medicamentos de control especial, registro de bitácoras de equipos biomédicos, oportunidad de registro en el aplicativo RUAF ND, e historias clínicas durante el mes) y revisión

- del cumplimiento de las mismas.
- Cumplir y asistir a la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias (capacitación) del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.
- Hacer gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.
- El personal médico de la ambulancia realizará un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el día y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.
- Reportar al líder del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoría del cumplimiento de la obligación 9.
- Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 24 días del mes de Septiembre de 2024.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo - Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021