FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ORDOÑEZ	MAJIN	PATRICIA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1083897113	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 06 MES 05 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO SAN AGUSTÍN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA CALLE 3 16 45 PRIMERO DE MAYO

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO SAN AGUSTÍN

TELÉFONO 8373890 EMAIL patriciamariaordonez75@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	12	X		MEDICINA	05	2024	1083897113

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL GIGANTE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍ: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: GIGANTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3152681824	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	19	Mes	08	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 85121600 - MEDICO	DEPENDENCIA: AMBULANCIA Y URGENCIAS						DIRECCIÓN: AVENIDA CALLE 5 1 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS - EL PITAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍ: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: HUILA	MUNICIPIO: PITAL						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3202730498	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 85121600 - MEDICO	DEPENDENCIA: CONSULTA URGENCIA HOSPITALIZA						DIRECCIÓN: AVENIDA CALLE 12 10 34 BARRIO ALTICO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Gigante Huila 29 Enero 2026

Patricia Maria Ordonez Hoyos

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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



Datos

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

COLOMBIA, San Agustín

0 Recomendación (es)

Número de documento: 1083897113

Ver perfil | Existencia y Representacion | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN
Nombre abreviado: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN
Tipo de documento: Otro
Número de documento: 1083897113
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Otro
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-HUI-41668 - San Agustín Departamento: Huila Municipio: San Agustín

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN
Identificación: 1083897113
Nacionalidad: COLOMBIAÑA
Domicilio: CALLE 3 n 16-45
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía

Información General

MiPyme: No
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: Si No
Pertenence a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: Desplazado por la violencia

Contactos

Código postal: 408060
Correo electrónico de la oficina: patriciamariaordonez75@gmail.com
Teléfono de oficina: 3152681824
Fax de oficina:
Página web:

Documentos relacionados

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 2

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:29/01/2026 11:00 AM

Ver más

Datos del perfil 5% Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

Colegio Cooperativo San Agustín

Resolución No. 0014 del 18 de Enero de 2006
San Agustín, Huila
Jornada Única Diurna

DANE No. 341668001680 ICFES No. 126763 NIT No. 813.000.395-3

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de San Agustín, Huila, a los 29 días del mes de noviembre del año 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Cooperativo San Agustín, Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila, para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA, mediante Licencia de Funcionamiento otorgada por Resolución No. 0014 del 18 de Enero de 2006.

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

BACHILLER ACADÉMICO
CON ENFASIS EN ESTADISTICA

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

Patricia María Ordoñez Majin

Identificada con T.I. No. 92050667890 de San Agustín, Huila

Es fiel copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 05 Acta No. 003 de fecha 29 de noviembre de 2008, que consta de treinta y tres (33) estudiantes, que comienza con el nombre de ALEJANDRO AVIRAMA MUÑOZ y se cierra con el nombre de ARNOL VELÁSQUEZ PÉREZ.

Firmada y Sellada por el Presbítero JUAN DE DIOS PÉREZ MEDINA (Rector) y MARÍA DEL PILAR FAJARDO PLAZA (Secretaria).

Dada en San Agustín, Huila, a los 29 días del mes de noviembre del año 2008.

Firmada y Sellada.

Presbítero JUAN DE DIOS PÉREZ MEDINA
C.C. No. 12.192.804 de Garzón, Huila
Rector

MARIA DEL PILAR FAJARDO PLAZA
C.C. No. 26.567.082 de San Agustín, Huila
Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 7 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocimiento Institucional por Resolución No. 9062
del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Acta de Grado No. 752

En atención a que el estudiante de Pregrado:

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

C.C. No. 1.083.897.113 de Pitalito

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le otorga el título de:

MÉDICA

En nombre y representación de la Universidad y de la República de Colombia, el Secretario General tomó el juramento de rigor.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los

26 días del mes de julio de 2024.

Rector(a)

Vicerrector(a) Académico(a)

Decano(a) de la Facultad

Secretario(a) General

Registrado en el Folio 1443 del Libro de Diplomas No. 4

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 expedida por el Ministerio de Educación Nacional M.E.N.

Considerando que:

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.897.113 de Pitalito

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, le otorga el título de:

Médica

En la ciudad de Neiva - Huila, a los 26 días del mes de julio de 2024.

Rector(a) | Secretario(a) General | Decano(a) de la Facultad

Acta de Grado No. 752 Registrado en el Folio 1443 del Libro de Diplomas No. 4

Powered by CamScanner

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE EL PITAL HUILA IDENTIFICADA CON NIT 813.006.877-9

CERTIFICA:

Que, la Médica **PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN,** identificada con Cedula de Ciudadania No. **1.083.897.113** de Pitalito - Huila, quien fue nombrada como profesional del Servicio Social obligatorio (SSO) para el periodo comprendido entre el primero (1) de Agosto de 2024 hasta el treinta y uno (31) de Julio de 2025, realizó las actividades y funciones asignadas de manera satisfactoria, encontrándose a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con la E.S.E Centro de Salud San Juan de Dios del municipio de El Pital – Huila.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada el primer (01) día del mes de Agosto de dos mil veinticinco (2025)

DIANA FERNANDA SILVA CARDOZO
Gerente
E.S.E Centro de Salud San Juan de Dios
Pital – Huila

Certificado de Vacunación

Institución: Cruz Roja Colombiana

Nombre: Patricia Ordoñez Mojin

Identificación: 1083897113 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1	21/11/14	UFX13008	Jorque
HB	2	26/01/16	UFX15003	[illegible]
H.B	3a.	13/08/16	1434024	Carolina

cortesía sanofi pasteur

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: PATRICIA MARIA

Apellidos: ORDOÑEZ MOJIN

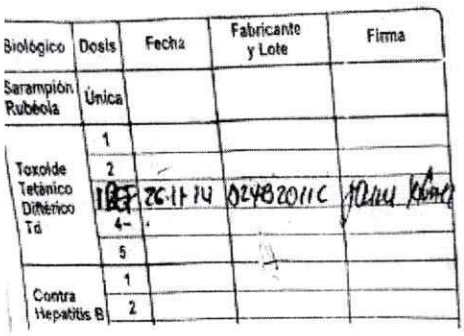
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1083897113

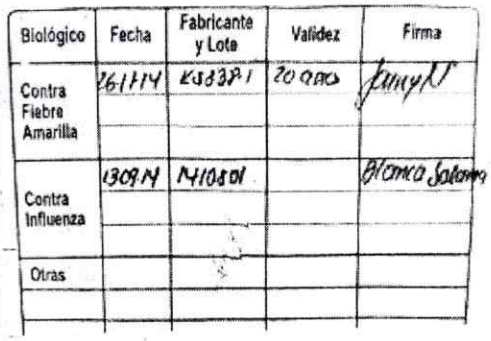
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 05 Año 1992

Escaneado con CamScanner

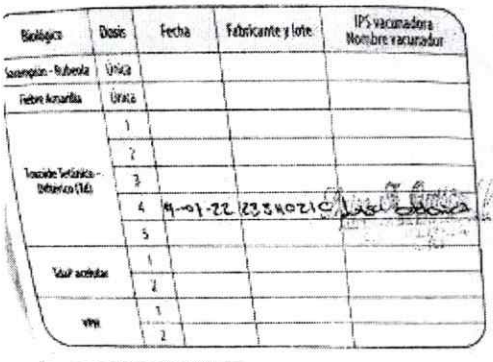
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14 MAY 2021	Pfizer	ET6924	H.A.R.U	NELLY MOJIN	55.180.540
	2	04-06-2021	Pfizer	FA 5893	HUN	Paola Losada P	1079113554



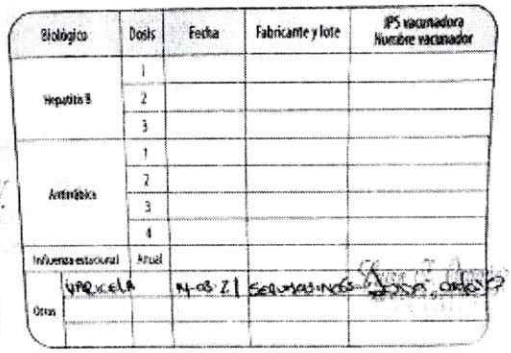
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3	26-1-14	0248201IC	
	4-			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			



Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	26/1/14	K83321	20 años	
Contra Influenza	13/09/14	M10801		Blanca Salamanca
Otras				



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	14-01-22	23340210	
	5			
Virus activados	1			
	2			
VPH	1			
	2			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antitetánica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otros	VPH Gardasil	14-08-21	Segunda dosis, ordeñ?	

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 3 8 9 7 1 1 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/05/1992**

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

Número de contacto (movil) / Phone number: **3152681824**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Numero de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	13	9	2014		1410501	SAN AGUSTIN E.S.E HOSPITAL ARS	
Fiebre Amarilla	Única	26	11	2014		K53381	SAN AGUSTIN E.S.E HOSPITAL ARS	
TD Adulto	Primer Refuerzo	26	11	2014		024B2011C	SAN AGUSTIN E.S.E HOSPITAL ARS	
COVID PFIZER	Primera	14	5	2021	PFIZER	ET6924	SAN AGUSTIN E.S.E HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS	NELIS MARGOT ACOSTA CARCEDO
COVID PFIZER	Segunda	4	6	2021	PFIZER	FA5843	NEIVA HSP UNIV HERNANDO MOCALEANAO PERDOMO	PAOLA LOSADA PASTRANA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	15	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	NEIVA HSP UNIV HERNANDO MOCALEANAO PERDOMO	PAOLA LOSADA PASTRANA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1083897113

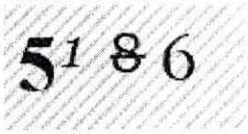
Primer Nombre

patricia

Primer Apellido

ordoñez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7840

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-01-24→9:45:29 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1083897113	PATRICIA	MARIA	ORDOÑEZ	MAJIN	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN identificado(a) con CC 1083897113 registra La siguiente información:

2026-01-24→9:45:29 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-09-09	144194	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
TEC	Local	Tecnología	2014-03-04	2789	DTS

		en regencia de farmacia			SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
TEC	Local	Técnica profesional en regencia de farmacia	2014-03-04	2789	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Pro Pres
Presto SSO	Local	COLOMBIA|HUILA|PITAL	2024-08-01	2025-07-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Me

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.083.897.113**

ORDOÑEZ MAJIN

APELLIDOS

PATRICIA MARIA

NOMBRES

Patricia Maria Ordoñez.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1992**

SAN AGUSTIN
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-JUL-2010 PITALITO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1906100-00267015-F-1083897113-20101124 0024972146A 1 34286407

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN
CC 1083897113



MÉDICO
Universidad Surcolombiana
Neiva

GRADO: 26/07/2024
ReTHUS: 09/09/2025

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

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141064613941

(415)7707212489984(8020) 000014106461394 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1.083897113	6	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1083897113	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORDOÑEZ	MAJIN	PATRICIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	San Agustín 6 6 8

41. Dirección principal: CL 3 16 45

42. Correo electrónico: pamaor6@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 1 8 0 6 0	3 1 5 2 6 8 1 8 2 4	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORDOÑEZ MAJIN PATRICIA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-01-2026 11:26:45AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN PROTECCIÓN IPS S.A.S.
NIT. 901.057.957-7
Lic. SST 0976 de 2017 S.S.H
CODIGO PRESTADOR 4100101876 S.S.H.
Sede Neiva. Carrera 11 # 7 – 36 Tel. 8-8766991 Cel. 3183821003
Sede Garzón. Carrera 5 # 4 – 47 Tel. 8-8330925 Cel. 3104775151

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-08-01 **HORA:** 10:31

DATOS DEL TRABAJADOR

PACIENTE: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN **ID:** CC 1083897113
FECHA DE NACIMIENTO: 1992-05-06 **EDAD:** 32 Años **TEL.** 3152681824
DIRECCION: CRA11#11-59 PITAL (HUILA) **SEXO:** F
TIPO DE SANGRE: O+ **TALLA:** 158 **PESO:** 56
EPS: E.P.S. SANITAS S.A.
ARL:
CONVENIO: PARTICULARES
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 0 **CARGO:** MEDICO
EMPRESA USUARIO:



Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

- [x] Ingreso
- [ ] Periódico
- [ ] Egreso
- [ ] Postincapacidad
- [ ] Valoración especial
- [ ] Certificado discapacidad
- [ ] PCL
- [ ] Prioritaria

¿OTRA? :

ÉNFASIS A EVALUAR

- [x] OSTEOMUSCULAR
- [ ] DERMATOLOGICO
- [ ] CARDIOVASCULAR
- [ ] TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] MANIPULADOR ALIMENTOS
- [ ] ESPACIOS CONFINADOS
- [ ] OTRO ¿Cual?:

EXÁMENES A REALIZAR DE TAMIZAJE

- [ ] Visiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Audiometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Psicotecnico
- [ ] Psicosensométrico

LABORATORIOS CLÍNICOS

- [ ] Perfil lipídico
- [ ] Cuadro hematico
- [ ] VDRL
- [ ] Glicemia
- [ ] Colesterol
- [ ] Trigliceridos
- [ ] Hemoclasificación
- [ ] Koh uñas
- [ ] Frotis de garganta
- [ ] Serologia

¿OTRO?:

RECOMENDACIONES

Higiene postural SI Pausas activas: SI Restricción para el manejo de cargas: NO Uso epp: SI
Edu. en manejo cargas: NO Fomento de hab. saludables : SI

Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica: --

Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas:

Remision:

Observaciones:

PLANES DE VIGILANCIA

☐ CARDIOVASCULAR ☐ BIOMECANICO ☐ VISUAL ☐ PSICOSOCIAL ☐ AUDITIVO

¿OTRO?:

CONCEPTO

CONCEPTO DE INGRESO: APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS

CONDUCTA

Recomendación especialista:	-Recomendaciones hábitos:	-Recomendaciones remisiones:
☐ a. Capacitación en manejo de cargas y posturas	☑ a. Actividad fisica	☐ a. Remision EPS
☑ b. Higiene posturas	☐ b. Control de peso	☐ b. Seguimiento ARL
☑ c. Uso de epp	☑ c. Dieta Balanceada	☐ c. Continuar manejo medico
☑ d. Inducción en cargo		

-Recomendaciones especificas:

☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
☐ b. Restricción de levantar 3 KGMS
☐ c. Restriccion de halar o levantar peso superior a 5 KGMS
☐ d. Restricción de levantar peso superior a 10 KGS
☐ e. Restricción para desarrollar labores sin lentes
☐ f. Restricción para conducir de noche sin lentes
☐ g. Restricción de montar en motocicleta
☐ h. No subir ni bajar escaleras
☐ i. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

Otras:

OBSERVACIONES: LAS RESTRICCIONES SON LABORALES Y EN HABITO DE CASA.
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA AQUÍ CONSIGNADA ES VERAS Y PUEDE SER VERIFICADA, QUE RECIBIDO TODAS LAS RECOMENDACIONES DEL MEDICO TRATANTE Y QUE NO HE OCULTADO NINGUNA PATOLOGÍA. AUTORIZO LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL A MI EMPLEADOR BAJO MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD.

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PERIODO DE CUARENTENA POR PANDEMIA POR CORONAVIRUS COVID-19: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. 'Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

Es de vital importancia PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS, por ello TODOS DEBEMOS:· Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.· Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 2 metros, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.· Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.· Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.· Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.· Mantener una distancia no inferior a un metro y

medio con otras personas en la medida de lo posible: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.· Descargue el aplicativo Coronapp-Colombia para recibir información personalizada e Infórmese a través de fuentes confiables.· SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aisle preventivamente.

CONSIDERACIÓNES ESPECIALES POR HISTORIA OCUPACIONAL POST CUARENTENA: En la presente evaluación médica ocupacional se valora el estado de salud del trabajador posterior a periodo de aislamiento obligatorio, aplicando encuesta de síntomas y evaluando la presencia de signos y síntomas respiratorios agudos, sin hallar en el momento evidencia de padecer de enfermedad por COVID 19; sin embargo esta evaluación no garantiza que el trabajador en días posteriores no presente la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto será pertinente realizar una nueva valoración médica en su entidad de salud



MD. JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ
ESP. MEDICINA LABORAL
R.M. 1976/2010

PACIENTE: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN
ID. CC 1083897113

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Viernes, 26 de julio de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN**, identificado con CC. **1.083.897.113**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.° Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	45770255060	2024/07/26	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345, desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

Función Pública

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

Tipo de declaración: INGRESO

Fecha de publicación: 2026-01-29 12:15

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PATRICIA	MARIA	ORDOÑEZ	MAJIN

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1083897113

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: HUILA

Municipio: SAN AGUSTÍN

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: HUILA

Municipio: SAN AGUSTÍN

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ORTEGA

Dirección: ["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$50.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$2.000.000,00
TOTAL	$52.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.897.113**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Consulta del estado de afiliación en salud

Lea atentamente la información

Ocultar recomendaciones

- La información aquí presentada es la reportada por las fuentes de referencia del sistema o la escrita por el usuario afiliado

Fecha de consulta : 2026-01-29

La información dispuesta en esta consulta corresponde al resultado de las novedades y/o transacciones efectuadas en el SAT. Para confirmar el estado de su afiliación la SGSSS, consulte la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES en el siguiente link: www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA.

Datos básicos del afiliado — Ocultar detalle

Tipo de documento	Número de documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Nacionalidad
Cédula De Ciudadanía	1083897113	Patricia	Maria	Ordoñez	Majin	COLOMBIA

Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha de defunción	Número de resolución	Fecha de resolución	Fuente de reporte
1992-05-06	Mujer	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Inscripción actual en la EPS — Ocultar detalle

Tipo afiliado	EPS actual	Estado	Causal de la inscripción	Régimen	Modalidad	Fecha inicio	Fecha fin	EPS destino	Fecha efectividad	Excepción
Cotizante	Nueva Eps	Activo	Activo	Contributivo	No Aplica	2024-12-02	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Ninguna

Historial estados de la inscripción en la EPS — Ocultar detalle

Fecha	Estado	Causal
2024-12-02	Activo	Activo

Datos complementarios del afiliado — Ocultar detalle

Departamento	Municipio	Dirección	Zona	Localidad/Comuna
Huila	San Agustín	Calle 3 N 1-45	Urbana - Cabecera Municipal	Call3 3 N 16-45

Tipo cotizante	Tipo de pensión	Tipo y número documento aportante	Nombre o razón social	Fecha inicio	Fecha fin	Estado de la relación
Dependiente		NIT 813006877 - 9	Empresa Social Del Estado Centro De Salud San Juan De Dios	2024-12-02		Activo
Independiente			Independiente	2025-08-18		Activo

Registro y roles autorizados en el sistema — Ocultar detalle

Usuario	Correo electrónico	Fecha de registro	Último ingreso
CC1083897113	patriciamariaordonez75@gmail.com	2024-08-02 01:11:39	2026-01-29 11:46:23
Departamento de contacto	**Municipio de contacto**	**Dirección de contacto**	**Teléfono y/o móvil de contacto**
Huila	Acevedo	Calle 3 N 16-45	3152681824 - 3152681824

Nombre o razón social	Roles autorizados	Perfil autorizados	Correo electrónico	Fecha
No se encontraron registros asociados				

Finalizar

Salud

VIGILADO Supersalud

Ministerio de Salud y Protección Social. Términos y condiciones de uso.
Última actualización: Jueves, 15 de Marzo de 2018

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SAVITRA identificado(a) con NI 900463574 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN identificado(a) con CC 1083897113

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	EPS	EPS041	NUEVA EPS MOVILIDAD	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30																		$2,820,000	12.5%	$352,500
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30																		$2,820,000	16%	$451,200
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-12	30																		$2,820,000		$0
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-12	30																		$2,820,000		$0
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-12	30																				$0
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILIADO	2025-12	30																				$0
9496850667	2037056578	Y	2025-12-26	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-12	30																		$2,820,000	2.436%	$68,700

Este certificado se expide el día 2026-01-26 a las 02:23.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1083897113
NOMBRES	PATRICIA MARIA
APELLIDOS	ORDOÑEZ MAJIN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SAN AGUSTIN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/11/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/29/2026 10:04:08	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 24 de enero de 2026, a las 11:33:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1083897113
Código de Verificación	1083897113260124113309

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289784804

PIB
11:48:17

Bogotá DC, 24 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083897113:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:41:24 AM horas del 24/01/2026, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía Nº **1083897113**
Apellidos y Nombres: **ORDOÑEZ MAJIN PATRICIA MARIA**

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, profenda por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 24/01/2026 11:46:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1083897113** y Nombre: **PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN.**

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. **133386134** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 12:08:30 horas del 24/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadania No. **1083897113,** Apellidos y Nombres **ORDOÑEZ MAJIN PATRICIA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **patricia ordoñez**, con NIT **108389711-3** 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

TIC

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 1083897113 **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 24/01/2026 01:49 PM

Código Verificación: **LHRGBWMJ6Z**

Válida hasta: **24/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108389711300299531
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) **PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN**, identificado(a) con C.C. No. 1083897113 y T.P. o R.M. No. 1083897113 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el sábado 24 enero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
22 / 09 / 2025	12 / 09 / 2025	12 / 09 / 2026	12 / 09 / 2025	12 / 09 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA		$ 0.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 80,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 400,000,000.00
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 400,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******400,000,000.00	PRIMA:	$ **********267,630.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********50,849.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********318,480.00

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 DIAS 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: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - 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. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1102110364757 8(3900)000000318480(96)20260912

REFERENCIA PAGO: 1102110364757-8

62-03-101075633

FIRMA AUTORIZADA

JULIANANITOLA

CLIENTE

Patricia Maria Ordoñez

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

TOMADOR/ASEGURADO: PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

No. DE IDENTIFICACION: 1083897113

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 12/09/2025 HASTA LAS 24 HORAS DEL 12/09/2026

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
En adicin a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

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

LIMITE ASEGURADO:$ 400.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:MEDICINA GENERAL

AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD 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 pliza.

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.

PARAGAFO: 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.

1.2GASTOS DE DEFENSA:

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

2.EXTENSIONES COBERTURA BASICA
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:

2.1RESPONSABILIDAD 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.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: $15.000.000
VIGENCIA: $80.000.000

DEDUCIBLES:10% de la perdida - minimo 1SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 318.480

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:

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019930

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.

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 acreditados para este fin.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 atencin al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO 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, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms 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.

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 acusticos, 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.Acencion 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 dichos 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 prevencion 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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I-La accion de energia atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

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.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
57.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
c) La Enfermera asistente o un testigo
58.El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
59.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
60.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
61.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
62.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
63.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
64.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO 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 tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.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;
65. Acuerdos extrajudiciales o judiciales a los que llegue el Asegurado, sin la autorizacion previa de SEGURESTADO.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

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.

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE OCURRENCIA

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	EMISION ORIGINAL	62-03-101075633	0

TOMADOR	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
ASEGURADO	PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN			CC	1.083.897.113
DIRECCION	CALLE 3 N 16-45	CIUDAD	SAN AGUSTIN, HUILA	TELEFONO	3152681824
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica
Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso de Apoyo Integral Multidisciplinario para Víctimas de Violencia Sexual

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

EDUCACION CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit 901780059-8

Certifica
Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en el Cuidado Centrado en el Paciente en el Area de la Salud

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

PATRICIA MARÍA ORDOÑEZ MAJIN

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.083.897.113

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 17 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2024.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM**, ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica
Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso Competencias Integrales Para el Cuidado del Donante

con un total de 80 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

EDUCACION CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit 901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso Integral en Cuidados Paliativos y Gestión del Dolor : Mejorando la Calidad de Vida

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-01-26
Fecha de vencimiento: 2028-01-25

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

NIT 901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso sobre Manejo del Duelo: Estrategias para Afrontar la Pérdida

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

EDUCACION CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit 901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso Integral de Atención en Salud para Víctimas de Ataques con Ácidos o Agentes Químicos

con un total de 100 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-12
Fecha de vencimiento: 2027-08-11

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

y aprobó el Curso de Pruebas en Punto de Atención (POCT): Técnicas y Aplicaciones

con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2026-01-24
Fecha de vencimiento: 2028-01-23

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

y aprobó el Curso Asesoría Pre y Post en la Prueba VIH, con Enfoque Diferencial

con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-01-24
Fecha de vencimiento: 2028-01-23

EDUCACIÓN CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Artículo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

66ca678f-16cc-4b76-82d6-f303ac1f07f8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

patricia maria Ordoñez Majin

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: 100,00 %

24 de agosto de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66ca678f-16cc-4b76-82d6-f303ac1f07f8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Patricia Maria Ordoñez Majin

ha participado y aprobado el Curso Virtual

básico sobre diagnóstico y manejo de malaria - DOM -2021

Ofrecido a través del nodo de República Dominicana del Campus Virtual de Salud Pública

21 de enero de 2026

Horas: 6

Dr. Oliver Ronveaux
Representante
OPS/OMS en República Dominicana

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://cursospaises.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=0ba46479-1463-4e00-b5fe-0f911b542f14

ACADEMIA EXPERTIA

Nit.901780059-8

Certifica

Patricia Maria Ordóñez Majin

CC 1083897113 de Pitalito

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI Clínico - Comunitario)

con un total de 110 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2025-08-11
Fecha de vencimiento: 2027-08-10

EDUCACION CON EXCELENCIA

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO
RECTOR

CAMILO GARCIA
DIRECTOR ACADEMICO

Articulo 2.6.6.8 del Decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Protección Social

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

Patricia Maria Ordoñez Majin

N° de identificación: 1083897113

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 93c47762-c27c-42de-8677-4a7a6166ca84

domingo 25 de enero de 2026

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

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

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

realizó el Curso Virtual de

Detección temprana de cáncer de mama

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 13 de Septiembre de 2025

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

PATRICIA MARIA ORDOÑEZ MAJIN

realizó el Curso Virtual de

Virus de papiloma humano

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 13 de Septiembre de 2025

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Patricia Maria Ordoñez Majin identificado con la cedula de ciudadanía No. 1'083.897.113 expedida en Pitalito, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega, el día Veintinueve (29) de Enero de 2026

Firma: Patricia Maria Ordoñez Majin
Nombre: Patricia Maria Ordoñez Majin
Cédula: 1083.897.113

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Patricia Maria Ordoñez Mujin, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.083.849.113, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica)**.

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que SI ☐ NO ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que SI ☐ NO ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E, alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los Veintinueve días Enero 2026

Patricia Maria Ordoñez Mujica
Patricia Maria Ordoñez Mujica

Nombre completo y firma CC. 1'083.894.113
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GE-FO-15
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD		Versión: 01 Fecha: 04/11/2025

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Patricia Maria Ordoñez Amaya
CEDULA:	1.083.897.113
CARGO:	Medico General
DIRECCION:	Calle 13 16-45 Primero de Mayo
TELEFONO:	3157681824
CORREO ELECTRONICO:	patriciamariaordonez75@gmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará 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 y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el Veintinueve (29) del mes de Enero del año 2026.

Firma:

Patricia María Ordoñez Mejía

C.C. No. 1083647113 de Pitalito

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Patricia Maria Ordoñez Mejia identificado(a) con cédula de ciudadania No. 1083.897.113 expedida en Pitalito, por medio de: presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Patricia Maria Ordoñez Mejia
Nombre: Patricia Maria Ordoñez Mejia
Identificación: 1083.897.113
Fecha: 29/01/2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud