	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA CONTRATACIÓN	Código:FO-AA-510-07
		Fecha: 05-12-2025
		Versión: 08
		Página 1 de 2

NOMBRES Y APELLIDOS:	Adriana Polania Ortiz
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	C.C. 55.157.430
CARGO:	Bacterióloga
FECHA DE INGRESO:	
SUPERVISOR:	

	DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DE CONTRATOS	SI	NO	NO APLICA	FECHA VENCIMIENTO
1	Propuesta técnica y económica				
2	Formato único hoja de vida Persona Natural diligenciada y actualizada en SIGEP II	X			
3	Declaración juramentada de bienes y rentas y actividad económica privada, diligenciada y actualizada aplicativo de la Ley 2013 del 2019	X			
4	Constancia de registro como proveedor en SECOP II	X			
5	Certificado Inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años ley 1918 de 2018.	X			
6	Certificado de Antecedentes Procuraduría General de la Nación- Persona Natural	X			
7	Certificado de Antecedentes de Responsabilidad Fiscal- Contraloría General de la República- persona natural	X			
8	Certificado de antecedentes judiciales- Policía Nacional de Colombia – Persona natural.	X			
9	Certificado Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (RNMC)	X			
10	Certificado de REDAM (registro de deudores alimenticios morosos)	X			
11	Copia del Registro único Tributario (RUT), actualizado.	X			
12	Libreta Militar o documento que acredite situación militar definida			X	
13	Antecedentes disciplinarios del ente rector	X			
14	Cédula de ciudadanía, (extranjero: cedula extranjería, pasaporte y visa, permiso de trabajo, cámara y comercio). En caso de tratarse de persona jurídica documento de constitución o certificado de existencia de representación legal	X			
15	Certificación del estado de la cedula de ciudadanía - RNEC	X			
16	Soporte de estudios: Diploma, Acta de grado y demás estudios complementarios	X			
17	Copia de la tarjeta profesional	X			
18	Copia de matricula profesional o registro, en los casos que aplique	X			

19	Soporte de experiencia laboral	X			
20	Certificado de cuenta bancaria	X			
21	Póliza de Responsabilidad Civil – cuando aplique	X			
22	Pase de 5ª categoría (conductores)			X	
23	Ultima planilla de pago de aportes a seguridad social como Independiente	X			
24	Certificados de afiliación a seguridad social como independiente (EPS – AFP)	X			
25	Examen médico laboral de Ingreso	X			
26	Vacuna Influenza Anual	X			
27	Covid-19 3 dosis	X			
28	Hepatitis mínima una dosis				
29	Tétano				

ANEXO					
	CERTIFICADOS OBLIGATORIOS VIGENTES PARA PERSONAL ASISTENCIAL	SI	NO	NO APLICA	FECHA VENCIMIENTO
1	Verificación de título (RETHUS)	X			
2	Certificado soporte vital básico y/o avanzado				
3	Certificado atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual				
4	Certificado atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos				
5	Certificado gestión del duelo				
6	Certificado toma de muestras sanguíneas				
7	Certificado de administración de inmunobiológicos				
8	Certificado vigente evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante (médicos)				
9	Certificado protección radiológica (personal de radiología)				
10	Certificado manejo defensivo de seguridad vial (conductores)				
11	Certificado manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)				
12	Inducción y reinducción en SST				

VILLAMARÍA, CALDAS 1 ENERO DE 2026

Señor
JAIME ENRIQUE ACOSTA DÍAZ
Gerente
E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Villamaría
gerencia@hospitalsanantoniovillamaría.gov.co
Villamaría, Caldas

ASUNTO: PRESENTACION DE PROPUESTA PARA CONTRATAR

Presento ante usted propuesta formal para participar en el proceso de contratación que adelanta su Hospital para CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.

OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA SIN SUBORDINACION DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS.
--------	---

ESPECIFICACIONES DEL SERVICIOS A PRESTAR
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA SIN SUBORDINACION DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA, CALDAS.
CARACTERISTICAS CON LAS CUALES CUMPLO:
PROFESIONAL EN BACTERIOLOGIA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA QUE REALIZARE	<ol style="list-style-type: none">1. Apoyar temporal, independiente y sin subordinación la ejecución de los procesos asistenciales como bacterióloga en la E.S.E.2. Apoyar temporal, independiente y sin subordinación la ejecución de los procedimientos asistenciales asistenciales como bacterióloga por la E.S.E.3. Desde su perfil como Bacteriólogo apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión general de la entidad enfocada a la venta y cobro de los servicios de salud prestados por la entidad.4. Desde su perfil como Bacteriólogo Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión requerida por la ESE para la dar cumplimiento al Sistema de garantía de Calidad en Salud
VALOR TOTAL PROPUESTA	DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE (\$2.838.000)
FORMA DE PAGO CON LA CUAL ESTOY DE ACUERDO	EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILAMARIA- E.S.E., CANCELARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO LA SIGUIENTE MANERA: EN UN PAGO PARCIAL CADA UNO POR VALOR DE DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MCTE (\$2.838.000)Y LOS CUALES SERAN PAGADEROS AL FINALIZAR CADA MES Y/O DENTRO DE LOS PRIMEROS DIAS DEL MES SIGUIENTE PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA DE ACUERDO AL SERVICIO SOLICITADO POR EL HOSPITAL (DEBIDO AL FLUJO DE RECURSOS ECONÓMICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS EN LA ESE) Y PREVIA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL SUPERVISOR

	ASIGNADO PARA TAL FIN Y ACREDITAR QUE SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO CON SEGURIDAD SOCIAL Y PAGO DE APORTES PARAFISCALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003. A LA CUENTA SE LE HARÁN LOS DESCUENTOS DE LEY Y EL VALOR NETO OBTENIDO SE PAGARÁ PREVIO A LOS TRÁMITES ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
PLAZO - DURACION	DESDE EL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2026.
DOCUMENTOS QUE PRESENTO CON LA PROPUESTA	<p>CAPACIDAD JURIDICA:</p> <p>PARA EL PRESENTE PROCESO CONTRACTUAL SE EXIGE QUE EL CONTRATISTA CUMPLA CON LOS REQUISITOS HABILITANTES DEL OFERENTE PARA PARTICIPAR EN UN PROCESO DE CONTRATACIÓN REFERIDOS A SU CAPACIDAD JURÍDICA, TÉCNICA, ECONÓMICA, ASÍ:</p> <p>A. CAPACIDAD JURÍDICA:</p> <p>El contratista, deberá acreditar como mínimo los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato único de hoja de vida del departamento administrativo de la función pública. 2. Copia de cedula. 3. Copia del diploma y/o Acta de Grado. 4. Declaración juramentada de bienes y renta en el formato del departamento administrativo de la función pública. 5. Certificado de antecedentes disciplinarios de la PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION, vigente al momento de la suscripción del contrato. 6. Certificado de antecedentes fiscales de la CONTRALORIA GENERAL DE LA NACIÓN, vigente al momento de la suscripción del contrato. 7. Antecedentes judiciales de la POLICIA NACIONAL, vigente al momento de presentar la suscripción del contrato. 8. Certificado de medidas correctivas 9. Registro Único tributario (RUT) copia. <p>B. CAPACIDAD ECONÓMICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PROPUESTA ECONÓMICA IMPRESA Y EN MEDIO MAGNÉTICO DONDE SE DETERMINE, ÍTEM, DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO, PRESENTACIÓN, UNIDAD DE MEDIDA, CANTIDAD, VALOR UNITARIO, VALOR TOTAL. "DEBE SER IGUAL A LA COTIZACIÓN PRESENTADA " <p>C. CAPACIDAD TÉCNICA: TITULOS OBTENIDOS</p>

Atentamente



Nombre:

Cedula: 55.157.430



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Polania	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ortiz	NOMBRES Adriana
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> N.º 55.157.430	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAIS COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES 03 AÑO 1970		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 8A No. 2-27 Conj. San Valentin casa B
PAIS Colombia		PAIS Colombia DEPTO Caldas
DEPTO Huila		MUNICIPIO Villamaría
MUNICIPIO Neiva		TELÉFONO 3114524327 EMAIL adrianaPolaniaOrtiz@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 8o. DE BACHILLERATO EQUIVALLEN A LOS GRADOS 9o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO Bachiller Académico	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO	
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	11	MES	AÑO
										X	12	1987

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
UTILICE EN ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA
TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	Nº SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Bacteriología y Laboratorista Clínico	10	1	1995

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 199 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD DUNIAN - CLÍNICA DEL CAFÉ	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Quindío	MUNICIPIO Armenia		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioalcliente@duniano medical.com
TELÉFONOS 6067583000	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 08 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL Bacteriólogo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico		DIRECCIÓN Cra 12 No 0-75
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Antonio	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Villamaría		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recurso@hospitalSanantonio villamaría-guicó
TELÉFONOS 6068770044	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 07 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Bacterióloga	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico		DIRECCIÓN Cra 6 No 5-68
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ventanillaunica@saludde caldas.gov.co
TELÉFONOS 6068801620	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 11 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 05 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Profesional Universitario Grado 1 cod 219	DEPENDENCIA Laboratorio de Salud Pública		DIRECCIÓN Cra 21 No 29-29
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ventanillaunica@saludde caldas.gov.co
TELÉFONOS 6068801620	FECHA DE INGRESO DÍA 29 MES 01 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 07 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Bacterióloga Tuberculosis Aíou-	DEPENDENCIA Laboratorio de Salud Pública		DIRECCIÓN Cra 21 No 29-29

NOTA: SI REQUIERE ADICIONALES EXPERIENCIAS LABORALES, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

1911

1911

1911

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 441 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Dirección Territorial de Salud de Caldas		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Caldas		MUNICIPIO Manizales	PAÍS Colombia
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ventamilla.janicor@saluddecaldas.gov.co			
TELÉFONOS 606 8804620	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL Bacterióloga - Aico	DEPENDENCIA Laboratorio Salud Pública	DIRECCIÓN cra 21 No 29-29	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Antonio		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Caldas		MUNICIPIO Manzanaves	PAÍS Colombia
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalmanzanaves@hotmail.com			
TELÉFONOS 3122972568	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 09 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO Bacterióloga	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN Cra 5 No 8-66	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UROLAB		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Huila		MUNICIPIO Neiva	PAÍS Colombia
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 8756190 ext 105	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 11 AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 09 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO Bacterióloga	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN cra 6 No 16-35	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD IPS Comsusalud		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Huila		MUNICIPIO Neiva	PAÍS Colombia
CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 8712121	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2002		FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 02 AÑO 2003
CARGO O CONTRATO Bacterióloga	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN calle 7 No 11-29	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAL MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1999)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Empresas Públicas de Nueva E.S.P	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@epnueva.gov.co
TELÉFONOS 8712280	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 01 AÑO 2002		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 06 AÑO 2002
CARGO O CONTRATO ACTUAL Bacteriólogo	DEPENDENCIA Asociación municipal		DIRECCIÓN calle 6 No 6-02
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FPS Comsusalud	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 8712121	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2000		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 01 AÑO 2001
CARGO O CONTRATO Bacteriólogo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico		DIRECCIÓN calle 7 No 11-29
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASERMED	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 8755970	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 08 AÑO 1997		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 01 AÑO 1999
CARGO O CONTRATO Bacteriólogo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico		DIRECCIÓN Cra 7 No 19-64
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Dispensario Médico de la IX Brigada	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD siadsm09@gmail.com
TELÉFONOS 88752369	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 03 AÑO 1998		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO Bacteriólogo	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico		DIRECCIÓN Cra 10 No 10-30

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Francisco de Asis	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Palermo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esesanfrancisco891@yahoo.com	
TELÉFONOS 88783610	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 03 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO DÍA 09 MES 11 AÑO 1997	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Bacteriología	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN calle 12 No 6-40	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de Seguro Social	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Neiva	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 711638	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 11 AÑO 1998	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 12 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO Bacteriología	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN Cra 6 No 10-40	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Francisco de Asis	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Palermo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esesanfrancisco891@yahoo.com	
TELÉFONOS 88783610	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 10 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 1996	
CARGO O CONTRATO Bacteriología	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN calle 12 No 6-40	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Carlos	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Huila	MUNICIPIO Aipe	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@exsanacarlos.gov	
TELÉFONOS 88389024	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 11 AÑO 1995	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 08 AÑO 1996	
CARGO O CONTRATO Bacteriología	DEPENDENCIA Laboratorio Clínico	DIRECCIÓN Av. Nuevo Milenio No 12A-13	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 413 de 1999)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA, ABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	12	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12 años Ind.	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL DPOEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CEFIBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. (ARTICULO 56 DEL LALEY 19095)

Ciudad y fecha de diligenciamiento Mánizales, 02 enero de 2026

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CCNSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha _____ NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS _____



El servicio público
es de todos

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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Adriana		Polanía	Ortiz

Documento de identificación	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>	Número 55.157-430

Lugar de Nacimiento			
País Colombia	Departamento Huila	Municipio Neiva	

Lugar de domicilio			
País Colombia	Departamento Caldas	Municipio Villamaría	

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.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede			
País	Departamento	Municipio	
Dirección			

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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 ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	0
Cesantías e intereses de cesantías	0
Gastos de representación	0
Arriendos	\$ 350.000

Honorarios	0
Otros ingresos y rentas	0
TOTAL	\$ 350.000 -

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Ahorros	Villamaría-Caldas	\$ 100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
Local	Colombia	Huila	Palermo	\$ 65.000.000

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

CONCEPTO	SALDO
Préstamo Hipotecario Banco BBVA	\$ 70.000.000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI NO

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Bonarge Solano	conyugal	7.689.813

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la Información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo	Gian	Marco	Solano	Polania	1.053870.631
Hijo	Joseph	Bonarge	Solano	Polania	1.055.3594.91

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

- a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
 - Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
 - Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES



Buscar...

Navigation menu with buttons: Inicio, Mis registros, Accesos del usuario, Términos y condiciones de uso, Ir a

Funciones -- Configuraciones de Perfil

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Cargo

Título

Nombre

Apellidos

Fecha de Nacimiento

Nivel Educativo

Género

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Nombre y apellido ADRIANA POLANIA ORTIZ

Tipo de documento

Número de documento

Dirección

Código postal

Estrato

Ubicación

País COLOMBIA

Correo electrónico adrianapgj@hotmail.com

Teléfono

Celular 3114524327



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?

Respuesta 3114524327

SMS para recuperar la contraseña 3114524327

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 08:25:49 horas del 30/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **55157430**, Apellidos y Nombres **POLANIA ORTIZ ADRIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

En presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital San Antonio Villamaría**, con NIT **890801944-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección a 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 suscritancia 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>



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287155979



PIB
21:06:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADRIANA POLANIA ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 55157430:

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.

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

Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamiento con el Ciudadano

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

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 29 de diciembre de 2025, a las 21:09:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	55157430
Código de Verificación	55157430251229210902

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.



HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA
Contralora Delegada EFC



Bogotá D.C. Enero 08 de 2026

Señores

HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARÍA CALDAS

E.S.D.


REFERENCIA: CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES EJERCICIO PROFESIONAL

El CNB Colegio Nacional de Bacteriología en Colombia, delegado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 721 del 11 de marzo de 2015, asumió el 1 de junio de 2015 las funciones del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

De conformidad con la Ley 841 de 2003 y su ley complementaria 1193 de 2008, que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta el Código de Bioética y otras disposiciones, el CNB certifica que en su base de datos, la profesional **ADRIANA POLANIA ORTIZ** identificada con C.C. 55.157.430 no tiene registro de antecedentes en el ejercicio de su profesión.

La presente se expide a solicitud de la profesional, el 08 de Enero de 2026 y tiene una vigencia de 60 días.

Cordialmente,



YENEDITH DE VARGAS UPARELA
Presidenta CNB Colegio Nacional de Bacteriología
Elab: LMUBAJCNB



PBX (57-1) 755 2977



sedenacional@cnbcolombi.org



Cra. 15 Bis A No. 31 - 03 Bogotá

¡Fortaleciendo la cultura CNB desde las regiones!



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:44:27 PM horas del 29/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 55157430

Apellidos y Nombres: **POLANIA ORTIZ ADRIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75 –
25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijn.araic-atc@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/12/2025 08:28:37 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **55157430** y Nombre: **ADRIANA POLANIA ORTIZ**.

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. **131439192** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 4000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General: Cra. 45 N° 25 - 71
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112





MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 55157430 **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 concuerden con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 30/12/2025 08:33 AM



Código Verificación: TDCLP8K1BU

Válida hasta: 30/03/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

2 Concepto 0 2 Actualización

4. Numero de formulario

14923252467



(415)7707212489984(8020) 0000014923252467

5 Numero de Identificación Tributaria (NIT)

5 5 1 5 7 4 3 0

6 DV

9

12 Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Manizales

1 0

14 Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 5 1 5 7 4 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28 País

1 6 9

29 Departamento

Huila

4 1

30 Ciudad/Municipio

Neiva

0 0 1

31 Primer apellido

POLANIA

32 Segundo apellido

ORTIZ

33 Primer nombre

ADRIANA

34 Otros nombres

35 Razón social

36 Nombre comercial

37 Sigla

UBICACIÓN

38 País

COLOMBIA

1 6 9

39 Departamento

Caldas

1 7

40 Ciudad/Municipio

Villamaría

8 7 3

41 Dirección principal

CL 8 A 2 27 CA 8 CONJ SAN VALENTIN

42 Correo electrónico

adrianapolaniaortiz7430@gmail.com

43. Código postal

44 Teléfono 1

3 1 1 4 5 2 4 3 2 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46 Código

8 6 9 1

47 Fecha inicio actividad

2 0 0 8 0 3 2 8

Actividad secundaria

48 Código

8 2 9 9

49 Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 6 2 9

Otras actividades

50 Código

1 2

Ocupación

51 Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

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 16.1.2.6 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

994 Nombre: GRISALES TABARES MARVE LUZ
 995 Cargo: Analista IV



Colegio Nacional de Bacteriología

Colegio Nacional de Bacteriología

Bogotá D.C. Octubre 01 de 2025

Señores

HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA - CALDAS.
E.S.D.

REFERENCIA: CERTIFICACIÓN ANTECEDENTES EJERCICIO PROFESIONAL

El CNB Colegio Nacional de Bacteriología en Colombia, delegado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 721 del 11 de marzo de 2015, asumió el 1 de junio de 2015 las funciones del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

De conformidad con la Ley 841 de 2003 y su ley complementaria 1193 de 2008, que reglamenta el ejercicio de la profesión y dicta el Código de Bioética y otras disposiciones, el CNB certifica que en su base de datos, la profesional **ADRIANA POLANIA ORTIZ** identificada con C.C. 55.157.430 no tiene registro de antecedentes en el ejercicio de su profesión.

La presente se expide a solicitud de la profesional, el 01 de Octubre de 2025 y tiene una vigencia de 60 días.

Cordialmente,

YENEDITH DE VARGAS UPARELA

Presidenta CNB Colegio Nacional de Bacteriología

Elab: LMUBAJCNB



PBX (57-1) 755 2977



sedenacional@cnbcolombia.org



Cra. 15 Bis A No 33 - 03 Bogotá

¡El cambio lo hacemos todos!

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.157.430**

POLANIA ORTIZ

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES

Adriana Polania Ortiz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1970**
NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

29-AGO-1988 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0905500-00158974-F-0055157430-20090611

0012354347A 1

28119161



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL
CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

Cédula de Ciudadanía: 55.157.430
Fecha de Expedición: 29 DE AGOSTO DE 1988
Lugar de Expedición: NEIVA - HUILA
A nombre de: ADRIANA POLANIA ORTIZ
Estado: VIGENTE

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 29 de Enero de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 30 de diciembre de 2025

EDISON QUINONES SILVA

Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

La República de Colombia

y en su nombre

La

Universidad Católica de Manizales

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional
Según Resolución No. 002132 del 31 de Agosto de 1988

Otorga a:

Neiva, 29-
0099
Jon

Adriana Polanía Ortiz

C. C. No. 55.157.430 de Neiva

El Título Profesional de,

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico

En testimonio de lo cual le expide el presente Diploma a 27 de Octubre de 1.995

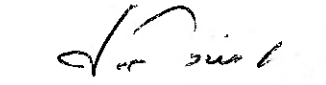

Rectora



Secretaria General


Decano

Gobernación de Caldas


Gobernador

Anotada al Folio No. 45-P del Libro de Registro No. 5°

Dado en Manizales, a 15 de JUNIO de 2000


Secretaria de Educacion

1

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

A C T A No.168

En la ciudad de Manizales, el día 27 del mes de octubre de 1995 se llevó a cabo el Acto de Graduación presidido por la Rectora de la Universidad, HERMANA MABEL JARAMILLO RESTREPO con el fin de otorgar el título Profesional de : BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO
A: ADRIANA POLANIA ORTIZ

C.C. No.55.157.430 de Neiva

Quien cumplió todos los requisitos legales, estatutarios y Reglamentarios de la Universidad, de conformidad con la Resolución No. 002132 del 31 de agosto de 1988 del Ministerio de Educación Nacional.

Realizó y aprobó el SEMINARIO DE GRADO.

La Rectora tomó el juramento de rigor.

Acto seguido se hizo entrega del DIPLOMA.

Para otorgar el título se exigieron los siguientes documentos:

- Registro Civil de Nacimiento.
- Registro del Título de Bachiller expedido por la Secretaría de Educación del Departamento de Huila, (Folio No.51-P-16, del Libro 4 del 20 de septiembre de 1988).
- Decreto 2725 de 1980).

Dada en Manizales, a los 27 dias del mes de octubre de 1995.

RECTORA :

H. Mabel J.R.
HERMANA MABEL JARAMILLO RESTREPO
C.C. No.28.502.119 de Manizales

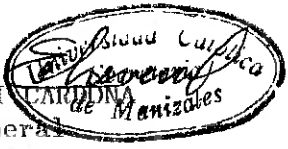


SECRETARIA GENERAL :

Elvira Echeverri
ELVIRA ECHEVERRI CARDONA
C. C. No. 27.901.367 de Bucaramanga

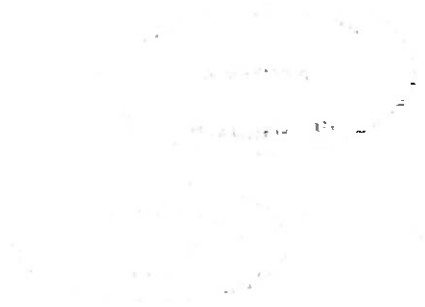


Hna. Elvia
HNA. ELVIRA ECHEVERRI CARDONA
Secretaria General
c.c No. 27.901.367 de Bucaramanga



GOBERNACION DE CALDAS
SECRETARIA DE EDUCACION
REGISTRO Y CONTROL DE DIPLOMAS

Registro No. FOLIO 45-P del Libro Número 5º
Fecha JUNIO 15 de 2000
Sra. Juliana
JEFE DE REGISTRO Y DIPLOMAS DE CALDAS





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ADRIANA POLANIA ORTIZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 55157430

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DE CONFLICTO ARMADO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Manizales, a los nueve (9) días del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA

Subdirector (E)

**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CALDAS**

100129439 - 09/09/2024

FECHA REGISTRO



Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

ADRIANA POLANIA ORTIZ

Con Documento de Identidad No 55157430

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - SEPTIEMBRE 25 DE 2024 A OCTUBRE 15 DE 2024

Registrado en el Libro de Actas No 0020241015

CÓDIGO DE SEGURIDAD n5lwV+GV2CFBéXn1ep6CqAKSRpnRykJGbiHB9ew==



Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

Адрес: 100000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 26

Общество с ограниченной ответственностью «Сбербанк России»
ИНН 77-07-083833 ОГРН 1047707083833

Сбербанк России

Адрес: 100000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 26

Сбербанк России

Сбербанк России

Сбербанк России

Сбербанк России

Сбербанк России



Сбербанк России



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Adriana Polania Ortiz

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: 70,00 %

1 de noviembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



Robert Stempel College
of Public Health
& Social Work

FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/implecertificate/verify.php?code=672544ec-54ec-486b-84ca-0903ac1f5cad>

Director

La Junta Directiva de la

OTC EN

de la Junta Directiva
de la Junta Directiva
de la Junta Directiva

El presente es un

documento de la Junta Directiva

de la Junta Directiva de la

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

de la Junta Directiva y el Grupo de

Grupo de Trabajo

certifica que:

La Organización Panamericana de la Salud

Certificado de Participación





Colegio Nacional de Bacteriología

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO**



ADRIANA POLANIA ORTIZ

C.C. 55.157.430

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
MANIZALES**

Fecha de expedición del diploma: 1995-10-27

Fecha de inscripción en el ReTRUS: 1996-05-29


FIRMA TITULAR

"Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010".

"Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Nacional de Bacteriología - CNB Colombia.

Carrera 15 BIS A No 33- 03 Tel: 601 7552977".

15537

 Salud de Caldas DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	PROCESO ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS	INSTRUMENTO RESOLUCIÓN	
CÓDIGO EG-GD-01-006-005	VERSION 02	CÓPIA CONTROLADA	PÁGINA

**EL DIRECTOR GENERAL DE LA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS**



C E R T I F I C A

Que **ADRIANA POLANIA ORTIZ**, con cédula **55157430** está debidamente registrado (a) y autorizada (o), ante **LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA**, mediante Resolución No. **00996 del 29 de mayo de 1996**, para ejercer como **BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO**, otorgado por **LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**, en el Territorio Nacional.

Se autoriza su inscripción Departamental en **LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** con el número **772 de 2013**, para ejercer como **BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO**, otorgado por **LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**, en el Departamento de Caldas.

Para constancia se firma en Manizales a los 19 días del mes de julio de 2013.


DIEGO PINEDA ÁLVAREZ
 Director General

Elaboró: *Beatriz Helena Garcia Henao*



**LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARÍA CALDAS,
IDENTIFICADA CON NIT 890801944-4**

CERTIFICA QUE:

La señora **ADRIANA POLANIA ORTIZ** identificada con C.C. 55157430 de la ciudad de Neiva Huila, presto sus servicios laborales profesionales en la institución desempeñándose como Bacterióloga, celebrando los siguientes contratos de prestación de servicios.

- 1. Contrato N° 215-2025:** Del 01 de junio de 2025 al 30 de septiembre de 2025

Objeto Contractual

Prestación de servicios profesionales como bacterióloga sin subordinación de apoyo a la gestión asistencial en la E.S.E Hospital San Antonio de Villamaria Caldas

Valor del Contrato: Once millones veintiún mil pesos M/cte. (\$11.021.000)

- 2. Contrato N° 510-2025:** Del 01 de octubre del 2025 al 31 de diciembre del 2025

Objeto Contractual

Prestación de servicios profesionales como bacterióloga sin subordinación de apoyo a la gestión asistencial en la E.S.E Hospital San Antonio de Villamaria Caldas

Valor del Contrato: Ocho millones doscientos sesenta y cinco mil setecientos cincuenta pesos M/cte. (\$8.265.750)

La anterior certificación se expide a solicitud de la empresa interesada para los fines pertinentes, dada en Villamaría Caldas a los cinco (05) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

**ALEJANDRO DIAZ CÉSPEDES
CONTRATISTA**

ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**VILLAMARIA,
CALDAS,
COLOMBIA,
A quien interese**

02/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ADRIANA POLANIA ORTIZ** con **Cédula de Ciudadanía número 55157430**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488436726720**
Fecha de apertura **24/01/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
---------------------------	-----	-----	-----	--------	----------	---------------

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

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO Polanía	SEGUNDO APELLIDO Ortiz	NOMBRES Adriana
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadana, C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)	SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. 55.157.430	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DÍA MES AÑO 29 08 1988	Neva (H)	DÍA MES AÑO 28 03 70	Neva (H)	

No DE HIJOS 2	VIVIENDA PROPIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE VEHÍCULO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Ocupación / Oficio Bacterióloga	Profesión Bacterióloga.
-------------------------	---	--	---	-----------------------------------

TIPO DE ACTIVIDAD: ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA SOCIO PENSIONADO ASALARIADO EMPLEADO PÚBLICO INDEPENDIENTE CIUI

DIRECCIÓN RESIDENCIA Calle BA No 227	CIUDAD Villamaría	DEPARTAMENTO Caldas	PAÍS Colombia	TELÉFONO	CELULAR 3114524327
--	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------	------------------------------

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL adrianapolaniaortiz7430@gmail.com	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------	-----------------------	---

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA Hospital San Antonio	ÁREA urbana	CARGO Bacterióloga
---	-----------------------	------------------------------

DIRECCIÓN OFICINA calle 6 No 5-68	CIUDAD Villamaría	DEPARTAMENTO Caldas	PAÍS Colombia	TELÉFONO 8770011	CELULAR 3227310246
---	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------	----------------------------	------------------------------

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)*? SI NO

2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI NO

3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI NO

4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ESPECIFIQUE: _____

5. ¿EXISTE ALGUN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PEP*? SI NO DILIGENCIA ANEXO 1

6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI NO

INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE		2.2. INGRESOS Y EGRESOS	
TOTAL ACTIVOS (A)	\$ 160.000.000	INGRESOS MENSUALES	\$ 2.300.000
TOTAL PASIVOS (B)	\$ 78.000.000	EGRESOS MENSUALES	\$ 1.500.000
TOTAL PATRIMONIO (A-B)	\$ 82.000.000	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ - 0 -

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

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

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

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

*Vínculo / Relación: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

*Persona Expuesta Políticamente (PEP): Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.

*PEP Extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado, (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

*PEP de Organizaciones Internacionales: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**
NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA TALENTO HUMANO EN SALUD**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	Nº FORMULARIO
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).						
1. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO						
1.1. INFORMACIÓN TÉCNICA						
RAMO: RENOVIACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				NÚMERO DE PÓLIZA		
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS		TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS		TIPO DE NEGOCIO		
				100% CIA <input type="checkbox"/> COASEGURO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/>		
PRIMER APELLIDO Polania		SEGUNDO APELLIDO Ostiz		NOMBRES Adriana		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro CIVI)				SEXO	ESTADO CIVIL	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No 55.157.430				X	GOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
29 08 1988		Neiva (H)		29 03 70		Neiva (H)
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
Calle 8A No 2-27		Villamaría		Caldas		Colombia
TELÉFONO		CELULAR				
		3114524327				
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL adrianapolaniaostiz7430@gmail.com						
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA			ÁREA		CARGO	
Hospital San Antonio			urbana		Bacterióloga	
DIRECCIÓN OFICINA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
Calle 6 No 5-68		Villamaría		Caldas		Colombia
TELÉFONO		CELULAR				
3770011		3227310246				
1.2. INFORMACIÓN PROFESIONAL						
TÍTULO PROFESIONAL			OTORGADO POR		FECHA	
Bacterióloga y laboratorista clínica			Universidad Católica de Manizales		27 octubre de 1995	
ESPECIALIZACIÓN PRÁCTICADA:			OTRAS ESPECIALIZACIONES:			
OTORGADA POR:			OTORGADA POR:			
NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL			RES. No 00996 de mayo de 1996		AÑOS DE EXPERIENCIA	
					20	
ESTA PÓLIZA SE REQUIERE PARA LA ACTIVIDAD GLOBAL COMO TALENTO HUMANO EN SALUD O PARA UN CONTRATO ESPECÍFICO? EN CASO DE SER PARA UN CONTRATO, ADJUNTAR COPIA DEL MISMO E INDICAR OBJETO: _____						
POSEE CONSULTORIO PROPIO? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR UBICACIÓN						
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ PREDIO PROPIO O ARRENDADO: _____						
REALIZA TRATAMIENTOS DE TIPO ESTÉTICO O COSMÉTICO? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> % DENTRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS _____						
1.3. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO						
¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN JUDICIAL (CONCILIACIÓN O PROCESO) DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO RELACIONE						
FECHA		HECHO		TIPO DE SEGURO (PÓLIZA)		AMPARO AFECTADO
						VALOR INDEMNIZADO
¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLAS _____						
¿HA TENIDO ALGUNA (S) RECLAMACIÓN (ES) DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS, EN LAS QUE HAYARECONOCIDO A LA VÍCTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____						
¿HA TENIDO CONTRATO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO INDICAR.						
COMPañÍA DE SEGUROS		VIGENCIA			LÍMITES ASEGURADOS	
¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPañÍA DE SEGUROS? SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____						

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY



[The main body of the page contains extremely faint and illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the document. The text is too light to transcribe accurately.]

OBSERVACIONES

2. DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

- Formulario de conocimiento del cliente
- Rut actualizado
- Tarjeta profesional y diploma (si estudio en el extranjero, homologación del título profesional)

3. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades.

- La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente, hacer transferencias nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización. Sí No.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com.

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com - Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdeleestado.com

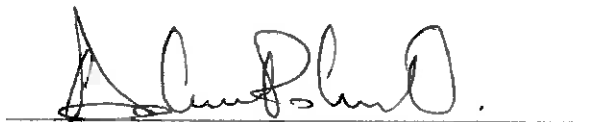
CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACIÓN

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

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

4. FIRMA Y HUELLA

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



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE



HUELLA
INDICE
DERECHO



RAZÓN SOCIAL :	ADRIANA POLANIA
IDENTIFICACIÓN:	CC-55157430
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-06
FECHA DE PAGO:	2025-12-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN.	2025-12
PERÍODO SALUD.	2025-12
NUMERO PLANILLA:	8638996237
TOTAL COTIZANTES	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	8625497996
TIPO DE PLANILLA	f


CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
230301	800224806	PORVENIR	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 440.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 09/02/2026

MEDICINA LABORAL
Dra. Jimena Aristizabal López

Manizales, 28 de Mayo de 2025

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE: ADRIANA POLANIA ORTIZ DOCUMENTO: C.C 55157430 EDAD: 55 AÑOS Cargo: Contratista Profesión: Bacteriologa EPS: SURA ARL: Positiva	
--	--

TIPO DE EXAMEN: Ingreso

FECHA: 28/05/2025

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA LA LABOR
RESTRICCIONES: NO

Recomendaciones: Realizar pausas activas regulares, usar elementos de protección personal recomendados donde va a realizar la labor.
Uso de lentes durante la labor.
Uso de medias de compresión durante la labor

Jimena Aristizabal

JIMENA ARISTIZABAL LÓPEZ
Médica Laboral
Licencia SST 73133
Registro Médico 15899

@DraJimenaSalud- Medicina laboral – Cel. 3217014518 –jimearistilo@gmail.com

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

LIBRO DE REGISTRO DE MEDICINA 2024

FORMULARIO DE REGISTRO DE MEDICINA

	NOMBRE: ADRIANA POLANCO ORTIZ
	GOBIERNO: C. VENEZUELA
	FECHA: 25/05/2024
	CATEGORÍA: Especialista
	PROFESIÓN: Radiología
EPS: SURTA ARL, Párrafo	

TIPO DE EXAMEN: Ingreso

FECHA: 28/05/2024

CONCEPTO DE ESTUDIO: ARTO PARA LA LABOR

REFERENCIAS: NO

Recomendaciones: El paciente debe ser evaluado por un especialista en radiología para determinar el tipo de estudio que requiere. Se debe considerar el estado de salud del paciente y el tipo de estudio que se va a realizar.

JIMENA AGUIAR GARCÍA
 Médico Radiólogo
 Cédula 887 1333
 Registro Médico 1333



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

REG. COM. 7542312

CERTIFICA QUE:

ADRIANA POLANIA ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.157.430**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que **ADRIANA POLANIA ORTIZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **55157430** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 55157430
NOMBRES Y APELLIDOS	ADRIANA POLANIA ORTIZ
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/10/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	201
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 30/12/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A.

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

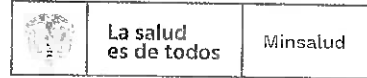
Línea Nacional: 01 8000 519 519

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: *Adriana*
 Apellidos: *Pelania ortiz*
 Documento de identidad: C.C. / T.I. Pasaporte No. *55754030*
 Fecha de nacimiento: Día *28* Mes *09* Año *1970*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5	<i>12-7-23</i>	<i>23316024B</i>	<i>Adriana Pelania Ortiz</i>
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	<i>12-7-23</i>	<i>230069</i>	<i>Adriana Pelania Ortiz</i>
Otras				



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Adriana**

Apellidos: **Polania Ortiz**

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

No. **SS. 157.430**

Fecha de nacimiento: Día **28** Mes **03** Año **1970**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5/6/21	Sinovac	202104056	Sinergia	Paolo Holguin	1061626312
	2	03-07-21	Sinovac	2021050128	Sinergia	Paola Holguin	1061626312
		26-11-21	Moderna	0175214	Sinergia	Paola Holguin	1078369679



Facturar Sesión

Registrarse

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 * Número de Identificación *

Cedula de Ciudadania 55157430

Primer Nombre Primer Apellido

adriana polania

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1909

Buscar

Limpia

Resultado General -2026-01-02→10:49:34 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	55157430	ADRIANA		POLANIA	ORTIZ	Vigente

SISPRO

Dirección
 Carrera 13 # 32-76 Juan Trujillo
 Ciudad Guayana, Bugalá D.C.
 Código Postal: 510311

Horario de Atención:
 Lunes a Viernes: 8:00 a.m. - 5:00 p.m.



NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MANIZALES	SUCURSAL MANIZALES	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 42-03-101004093	ANEXO No. 0
--	------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------

TOMADOR ADRIANA POLANIA ORTIZ	DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD VILLA MARIA, CALDAS	CC 55.157.430	TELEFONO 3114524327
ASEGURADO ADRIANA POLANIA ORTIZ	DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD VILLA MARIA, CALDAS	CC 55.157.430	TELEFONO 3114524327
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

FECHA DE EXPEDICION (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
11 / 06 / 2025	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)
	01 / 06 / 2025	01 / 06 / 2026	01 / 06 / 2025	01 / 06 / 2026

INTERVEDOR J SEG ASESORES DE SEGUROS LTDA	CLAVE 235562	% PARTICIPACION 100.00	COMPAÑIA OCASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
---	------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-----------------

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: BACTERIOLOGIA

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

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****400,000,000.00	PRIMA:	\$ *****243,301.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****46,227.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****289,528.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 24 NO 64-03, TELÉFONO (606) 8813280 - MANIZALES

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA PAGO:
1101010795249-3

(415) 7709996021167 (8020) 11010107952493 (3900) 000000289528 (96) 20250716

42-03-101004093

MARCELASALGADO

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

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

Ciudad de Expedición MANIZALES	Sucursal MANIZALES	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 42-03-101004093	ANEXO No. 0
TOMADOR ADRIANA POLANIA ORTIZ	DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	Ciudad VILLA MARIA, CALDAS	CC 55.157.430	TELEFONO 3114524327
ASEGURADO ADRIANA POLANIA ORTIZ	DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	Ciudad VILLA MARIA, CALDAS	CC 55.157.430	TELEFONO 3114524327
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	
FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) 11 / 06 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 01 / 06 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 01 / 06 / 2026	
		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 01 / 06 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 01 / 06 / 2026
INTERMEDIARIO J SEG ASESORES DE SEGUROS LTDA	CLAVE 235562	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
CLIENTE			% PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

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

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud.

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

Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia
 Seguros del Estado
 Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá
 Seguros del Estado
 Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****400,000,000.00	PRIMA:	\$ *****243,301.00
PLAZA DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****46,227.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****289,528.00

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

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

CARRERA 24 NO 64-03, TELÉFONO (606) 8813280 - MANIZALES

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

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



REFERENCIA PAGO:
1101010795249-3

(415) 7709998021167 (#620) 11010107952493 (3900) 000000289528 (96) 70250716

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

Table with 4 columns: OCUORRA, TIPO DE MOVIMIENTO, POLIZA No, ANEXO No. Rows include MANIZALES, TOMADOR (ADRIANA POLANIA ORTIZ), DIRECCION (CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8), CIUDAD (VILLA MARIA, CALDAS), ASIGURADO, and BENEFICIARIO (TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY).

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

TOMADOR: ADRIANA POLANIA ORTIZ C.C 55.157.430
ASEGURADO: ADRIANA POLANIA ORTIZ C.C 55.157.430
BENEFICIARIO: TERCEPOS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
VIGENCIA: 01/06/2025 AL 01/06/2026

INDICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD NO POSEE SINIESTROS SEGUN A INFORMACION SUMINISTRADA

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

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

EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-E0-GD-01

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: BACTERIOLOGIA

LIMITE ASEGURADO : OPCION NO. 1 . \$ 400.000.000

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

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

CONCEBISTADO 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 EL CASO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

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

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

LA CUMA 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.

AMPARADO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y PAGOABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O FLEITO 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 TARIFFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

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

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

CON 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:



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CUZURCA	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	AMENOS
MANIZALES	EMISION ORIGINAL	42-03-101004093	0
TOMADOR	ADRIANA POLANIA ORTIZ	CC	55.157.430
DIRECCION	CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD	VILLA MARIA, CALDAS
		TELEFONO	3114524327
ASEGURADO	ADRIANA POLANIA ORTIZ	CC	55.157.430
DIRECCION	CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD	VILLA MARIA, CALDAS
		TELEFONO	3114524327
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY	SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

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

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

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

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

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

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

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A: \$ 40.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURASUBLIMITE

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

OPCION NO 1

AMPARO BASICOS 400.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR: OPCION NO 1

EVLNTO \$ 15.000.000

VIGENCIA \$ 80.000.000

DEDUCIBLES

DEDUCIBLES AMPARO OPCION NO 1

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLV

EXCLUSIONES

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

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHS 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 ESTAN 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.



SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGUO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

Table with columns: DESCRIPCION, TIPO DE MOVIMIENTO, POLIZA No, ANEXOS. Includes details for MANIZALES, TOMADOR ADRIANA POLANIA ORTIZ, DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8, CIUDAD VILLA MARIA, CALDAS, POLIZA No 42-03-101004093, ANEXOS 0.

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 INTERUPCION DEL EMBARAZO.
PAPA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERUPCION 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 INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CANAL 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 INTERUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADOCTR 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 IMPOSTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCAN 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 PROVEGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADA POR ESTE FIN.
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, 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. FALTAS OCACIONADAS 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 GARANTIE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O INEFECTIVO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. FOTOGRAFAMIENTO 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 EXTRACORPORALES, 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 ACUATICOS, Y DE USAR PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHCC) 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 SHCC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL CEMENTANTE, 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 PROVEGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA.
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSA	TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO No	AMENSA No.
MANIZALES	EMISION ORIGINAL	42-03-101004093	0
TOMADOR ADRIANA POLANIA ORTIZ		CC	55.157.430
DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD VILLA MARIA, CALDAS	TELEFONO	3114524327
ASEGURADO ADRIANA POLANIA ORTIZ		CC	55.157.430
DIRECCION CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD VILLA MARIA, CALDAS	TELEFONO	3114524327
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY		SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

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

39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA 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 HUMIDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUROESTADO NO SEHA 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 ACUDIENES.

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. 2754 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

OCURRENCIA	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No
MANIZALES	EMISION ORIGINAL	42-03-101004093	0
TOMADOR	ADRIANA POLANIA ORTIZ	CC	55.157.430
DIRECCION	CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD	VILLA MARIA, CALDAS
		TELEFONO	3114524327
ASEGURADO	ADRIANA POLANIA ORTIZ	CC	55.157.430
DIRECCION	CL 8 A NRO. 2 - 27 CASA 8	CIUDAD	VILLA MARIA, CALDAS
		TELEFONO	3114524327
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY	SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

65. EXCLUSIÓN DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:
 1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMÉ 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 AGENDA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
 C. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTO:
 A. FALTA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
 C. FALTA 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 CEPAS DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
 2) INFLUENZA ATIPICA O CUALQUIER CEPAS DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
 LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
 CONDICIONES ADICIONALES:

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

- CLÁUSULA 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, SIN QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBE SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGUROESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

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

LOS TERMINOS AQUÍ INCLUIDOS ESTAN SUJETOS A RECIBIR LA SIGUIENTE INFORMACION Y SER CONFIRMADA SU ACEPTACION POR PARTE DE SEGUROS DEL ESTADO S.A ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA

COMUNICACION DEL TOMADOR/ASEGURADO ACEPTANDO TERMINOS Y CONDICIONES -

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL
 PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD
 FORMA 29/07/2022 1329 P 06 0000000E-RC-001A-D001
 FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

