	<b>E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER</b>		
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		
	<b>FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.</b>		
	<b>Código:</b> A-ADM- CON-F-028	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha:</b> 03-Abril-2023

Cajicá, 17 de FEBRERO de 2026

Señora  
**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**  
 Cedula de ciudadanía No 52.623.406  
 DIR- Diagonal 3 sur #14-49 Cajica  
 CEL: 3157826683  
 E-MAIL: [marthaacostarodriguez754@gmail.com](mailto:marthaacostarodriguez754@gmail.com)

**ASUNTO: INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR**

Respetada señora Martha:

Adjunto envío los estudios previos para su análisis y si así lo considera pertinente proceda a presentar propuesta para la respectiva contratación en la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, con las siguientes características:

<b>OBJETO</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL														
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>	<p>1. Apoyar la realización de las actividades descritas a continuación.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ACTIVIDADES</th> <th style="text-align: center;">PERIODECIDAD</th> <th style="text-align: center;">SOPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Planeación de la operación por corte de ejecución definido</td> <td>Por corte de ejecución definido</td> <td>Cronograma por ejecución de actividades</td> </tr> <tr> <td>Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. A demanda</td> <td>Según cronograma y visitas realizadas de acuerdo con la caracterización e identificación de riesgo en el Micro territorio asignado</td> <td>Notificación a la oficina de aseguramiento del Municipio de las personas            *No afiliadas al sistema de salud, entregando copia de documento de identidad del usuario            *Para menor de edad:            a) documento del menor + documentos representantes del menor            *Documento de regularización en el País para ciudadano extranjero.</td> </tr> <tr> <td>Desarrollar el servicio de gestión de casos remitidos por el equipo de salud, (gestantes y puérperas con riesgo psicosocial, población en riesgo de consumo de spa, ideación suicida, trastornos de salud mental) a través de las</td> <td>Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas</td> <td>Soporte de envío del Plan integral de cuidado primario, individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica, en la IPS primaria de cada usuario.</td> </tr> </tbody> </table>			ACTIVIDADES	PERIODECIDAD	SOPORTE	Planeación de la operación por corte de ejecución definido	Por corte de ejecución definido	Cronograma por ejecución de actividades	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. A demanda	Según cronograma y visitas realizadas de acuerdo con la caracterización e identificación de riesgo en el Micro territorio asignado	Notificación a la oficina de aseguramiento del Municipio de las personas *No afiliadas al sistema de salud, entregando copia de documento de identidad del usuario *Para menor de edad: a) documento del menor + documentos representantes del menor *Documento de regularización en el País para ciudadano extranjero.	Desarrollar el servicio de gestión de casos remitidos por el equipo de salud, (gestantes y puérperas con riesgo psicosocial, población en riesgo de consumo de spa, ideación suicida, trastornos de salud mental) a través de las	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Soporte de envío del Plan integral de cuidado primario, individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica, en la IPS primaria de cada usuario.
ACTIVIDADES	PERIODECIDAD	SOPORTE													
Planeación de la operación por corte de ejecución definido	Por corte de ejecución definido	Cronograma por ejecución de actividades													
Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. A demanda	Según cronograma y visitas realizadas de acuerdo con la caracterización e identificación de riesgo en el Micro territorio asignado	Notificación a la oficina de aseguramiento del Municipio de las personas *No afiliadas al sistema de salud, entregando copia de documento de identidad del usuario *Para menor de edad: a) documento del menor + documentos representantes del menor *Documento de regularización en el País para ciudadano extranjero.													
Desarrollar el servicio de gestión de casos remitidos por el equipo de salud, (gestantes y puérperas con riesgo psicosocial, población en riesgo de consumo de spa, ideación suicida, trastornos de salud mental) a través de las	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Soporte de envío del Plan integral de cuidado primario, individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica, en la IPS primaria de cada usuario.													



E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.

Código: A-ADM- CON-F-028

Versión: 1

Fecha: 03-Abril-2023

	<p>siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación de instrumentos de tamización (SRQ, RQC, ASSIST, AUDIT).</li> <li>2. Realizar intervenciones breves.</li> <li>3. Brindar primeros auxilios psicológicos (según corresponda). mínimo 8 familias</li> </ol>		
	<p>Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados.</p>	<p>Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas</p>	<p>Soporte de envío del Plan integral de cuidado primario, individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica, en la IPS primaria de cada usuario.</p>
	<p>Participar en la formulación del plan integral del cuidado primario individual familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. (mínimo 70 planes por microterritorio).</p>	<p>Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas</p>	<p>Plan integral del cuidado primario individual familiar y comunitario diligenciado</p>
	<p>Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario y complementario y telemedicina).</p>	<p>Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas</p>	<p>Instrumento de canalización diligenciado</p>
	<p>Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.</p>	<p>Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas</p>	<p>Instrumento de canalización diligenciado</p>
	<p>Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.</p>	<p>Según visitas realizadas y a demanda</p>	<p>Bitácora de remisión en formato institucional.</p>
	<p>Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad,</p>	<p>Según cronograma y plan de trabajo</p>	<p>Plan integral del cuidado primario individual familiar y comunitario integrado a la Historia</p>



E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN


FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.

Código: A-ADM- CON-F-028

Versión: 1

Fecha: 03-Abril-2023

	identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de si mismo, de los demás y de su entorno.	de visitas realizadas	clínica, con su respectiva firma
	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. A demanda	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Plan integral del cuidado primario individual familiar y comunitario integrado a la Historia clínica, con su respectiva firma, donde describa que realizó la socialización del portafolio de servicios
	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Instrumento de canalización diligenciado
	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios brindados por los otros sectores. A demanda	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas	Instrumento de canalización diligenciado
	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.	Según cronograma y plan de trabajo de visitas realizadas en cada corte	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS
	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y micro territorios abordados por el equipo.	Realizar una jornada por cada micro territorio intervenido	Soporte de invitación y divulgación de la jornada, registro fotográfico, acta de actividad realizada y Registro de asistencia.
	Orientar y brindar mensajes claves al 100% de las familias de menores de 5 años priorizadas, sobre lactancia materna, programa madre canguro (lactantes), desparasitación, suplementación con micronutrientes, signos clínicos y manejo de DNT aguda (menores de 5 años), RIAS, para promover prácticas de cuidado para la salud. Esta actividad se realizará de forma mensual y llegando oportunamente a los hogares y familias priorizadas.	MENSUAL	Informe de ejecución, registro fotográfico y listados de asistencia
	Orientar y brindar mensajes claves a gestantes, lactantes, líderes comunitarios y comunidad en general sobre lactancia materna, salas amigas	MENSUAL	Informe de ejecución, registro fotográfico y listados de asistencia

	<b>E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER</b>		
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		
	<b>FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.</b>		
	<b>Código:</b> A-ADM- CON-F-028	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha:</b> 03-Abril-2023

	de la familia lactante, bancos de leche humana,		
	Responder oportunamente a las solicitudes del supervisor del contrato	MENSUAL	soportes de ejecución
	entregar informe mensual y final de actividades	MENSUAL y final del contrato	Informe de Actividades con soportes de ejecución durante el mes
	Elaborar Instrumento de valoración Integral de riesgo de Salud Mental para la población en cada uno de los momentos de vida.	Una vez, iniciando la ejecución del contrato.	Instrumento de valoración Integral de riesgo de Salud Mental para la población en cada uno de los momentos de vida.
	Desarrollar acciones de acuerdo al programa de salud mental, énfasis del modelo de operación de los EBS.	Mensual	De acuerdo con modelo.
	Realizar 2 actividades Comunitarias de información y educación a la comunidad, de acuerdo con las problemáticas identificadas en el sector o informadas previamente por los líderes territoriales y/o presidentes de juntas de acción comunal con quienes deberán ser concertadas. n	MENSUAL	Actas de concertación, actas de ejecución, listado de asistencia, registro fotográfico con marca de agua.
<b>PRESUPUESTO OFICIAL</b>	HASTA LA SUMA DE CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$4.750.000)		
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN ESTIMADO</b>	El plazo de ejecución será de dos (2) meses a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato.		


**INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Para poder presentar propuesta, se requiere de la inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades de orden constitucional o legal, especialmente las establecidas en el Estatuto General de Contratación. Para este efecto deberá manifestar por escrito, bajo la gravedad del juramento, no encontrarse incurso en ninguna de aquellas; la entidad lo aceptará bajo el principio de la buena fe.

**DOCUMENTOS A LA PROPUESTA:** La propuesta se integrará con los documentos que se relacionan a continuación y siguiendo la estructura que se indica, para facilidad tanto de su elaboración para los proponentes, como de su evaluación.

**DOCUMENTOS:**

- Propuesta dirigida a la Gerencia del Hospital Profesor Jorge Cavelier
- Formato único hoja de vida función pública, para persona natural con cargue en SIGEP
- Formato de declaración de bienes y rentas SIGEP debidamente diligenciado
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía, persona natural
- Fotocopia de la libreta militar, para hombres menores de 50 años
- Actas y Diplomas
- Copia de la tarjeta profesional y/o registro profesional, si lo exige la profesión
- Inscripción en el registro nacional de talento humano de salud RETHUS
- Certificados de experiencia
- Registro Único Tributario – RUT con actividad económica coherente al objeto a desarrollar

Este documento es propiedad del Hospital Profesor Jorge Cavelier.  
La versión vigente reposa en el Sistema de Gestión de Calidad


	<b>E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER</b>		
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		
	<b>FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.</b>		
	<b>Código:</b> A-ADM- CON-F-028	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha:</b> 03-Abril-2023

- Planilla de pago o certificados afiliación a sistema de salud, pensión y riesgos profesionales, únicamente cuando se trate de persona natural
- Certificado de Vacunación (Tétano, Hepatitis B, Covid19)
- Examen médico ocupacional VIGENTE (-3 años) y con actividad y entidad coherente al objeto a desarrollar
- Declaración juramentada sobre inexistencia de inhabilidades e incompatibilidades.
- Certificación Bancaria (No Mayor a 30 días)

Si se encuentra interesado, sírvase manifestarlo por escrito y remitir la documentación a que alude la presente invitación al área de contratación.

Atentamente,

  
**FADIME MARTÍNEZ URZOLA**  
 GERENTE

	<b>E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER</b>		
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		
	<b>FORMATO DE CERTIFICACIÓN NO EXISTENCIA PERSONAL DE PLANTA.</b>		
	<b>Código:</b> A-ADM- CON-F-028	<b>Versión:</b> 1	<b>Fecha:</b> 03-Abril-2023

**CERTIFICACIÓN NO EXISTENCIA PERSONAL DE PLANTA**


**EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL TALENTO HUMANO DE LA  
E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER**

**HACE CONSTAR QUE:**

En la actualidad la E.S.E. no cuenta en su planta con el suficiente personal disponible que cumpla con el perfil para PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Por tanto, se requiere contratar con personas naturales, destinadas para 14 equipos básicos que pueden ser 1 por equipo o 1 por cada 2 equipos, que cuente con la formación y experiencia requeridas para la prestación debida del servicio relacionada con el objeto del contrato, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 33.2 del Estatuto Contratación de la E.S.E., ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA No 016 de 18 de noviembre de 2024, y lo contenido en el artículo 1 del Decreto 2209 de 1998.

La presente se expide el día 03 de octubre de 2025

**MARIO FERNANDO VÁSQUEZ RODRÍGUEZ  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO**

	<b>E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER</b>		
	<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		
	<b>FORMATO DE ACTA DE INICIO.</b>		
	<b>Código:</b> A-ADM- CON-F-028	<b>Versión:</b> 2	<b>Fecha:</b> 03-Abril-2023

ACTA DE INICIO			
<b>No. CONTRATO</b>	643 DE 2025		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>	27 de octubre de 2025		
<b>FECHA DE INICIO</b>	28 de octubre de 2025		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	27 de diciembre de 2025		
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		
<b>LUGAR DE EJECUCIÓN</b>	CAJICÁ		
<b>VALOR INICIAL</b>	HASTA LA SUMA DE CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$4.750.000)		
<b>PLAZO</b>	El plazo de ejecución del presente contrato será de dos (02) meses, contados a partir del acta de inicio, previo perfeccionamiento y registro presupuestal		
<b>CONTRATANTE</b>	E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER		
<b>NIT</b>	832.002.436 – 5		
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	FADIME MARTÍNEZ URZOLA		
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	Cédula de ciudadanía No. 1.047.372.748 DE CARTAGENA		
<b>CARGO</b>	GERENTE		
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>	<b>MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ</b>		
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	Cédula de ciudadanía No. 52.623.406		
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>	MARIO FERNANDO VASQUEZ RODRIGUEZ – SUBGERENTE ADMINISTRATIVO		
<b>No. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</b>	765	<b>Fecha del GDP</b>	03 de octubre de 2025
<b>No. REGISTRO PRESUPUESTAL</b>		<b>Fechas del RP</b>	27 de octubre de 2025
<b>CÓDIGO DEL RUBRO</b>	2.4.5.02.09.04	<b>Nombre del rubro</b>	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES- RESOLUCION 1010 DE 2025

En constancia firman, el día 28 de octubre de 2025.

SUPERVISOR:

CONTRATISTA:

**MARIO FERNANDO VASQUEZ RODRIGUEZ**  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**  
CC No. 52.623.406

Cajicà, Cundinamarca Febrero de 2026

**Doctora**

Fadime Martínez Urzola

**Gerente General**

**Hospital Profesor Jorge Cavelier.**

**ASUNTO:** Presentación propuesta por psicología

Yo, **Martha Cecilia Acosta Rodríguez**, identificada con cedula de ciudadanía N°52623406 DE Cajicà, me permito presentar propuestas para prestar mis servicios, cuyos datos escribo a continuación, manifiesto que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo que el hospital designe

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL PSICOLOGO (A) DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE CAJICA Y LA E.S.E HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

**ACTIVIDADES PARA REALIZAR**

1. Realizar mapeo y cartografía social del abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio en las veredas del municipio de Cajicà.
2. Identificación de personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.
3. Realizar valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos familiograma APGAR familiar, Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y eco mapa a las familias caracterizadas
4. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores de acuerdo a lo asignado con el E.S.E.
5. Apoyar a los psicólogos en la gestión, intervención de riesgos en salud mental, psicosocial, fortaleciendo la intervención a las redes de apoyo.
6. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades extra-mural, intramural, en prestador primario o complementario y telemedicina).
7. Realizar el proceso de afiliación transaccional con aplicación a los individuos que cumplan con criterios para afiliación.
8. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención de salud
9. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno en los micro territorios.
10. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo a las necesidades

11. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas
12. Realizar seguimiento al acceso efecto a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores
13. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en las herramientas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.
14. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas -barrios y microterrios abordados por el equipo
15. Realizar tamizaje de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los micro territorios asignados.
16. Asistir y participar activamente en brigadas. Jornadas de salud y demás actividades programadas

**FORMATO DE PAGO SUGERIDA:** El pago se realizará mensual con prestación del informe de actividades con su soporte.

**SEGURIDAD SOCIAL:** Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo contratista independiente a realizar las afiliaciones al sistema general de seguridad social en pensión, salud y riesgo laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E), así como a registrar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

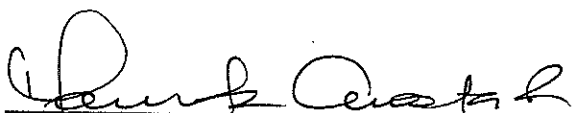
**INHABILIDAD DE INCOMPATIBILIDAD:** Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la ley y que tampoco me encuentro en incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

**DOCUMENTOS:** Me comprometo a entregar a la E.S.E HOPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato

**DIRECCION:** manifiesto que mi dirección de correo electrónico es [marthaacostarodriguez754@gmail.com](mailto:marthaacostarodriguez754@gmail.com) mi número de teléfono es 3157826683

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa entidad.

Cordialmente



NOMBRE: Martha Cecilia Cuarta Rodríguez.

C.C. 52.623.406 DE CAJICA



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

ENTIDAD RECEPTORA

**1 DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO ACOSTA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ		NOMBRES MARTHA CECILIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 52623406		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 04 MES 08 AÑO 1974		diagonal 3 sur N.14-49			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO CAJICÁ			
MUNICIPIO CAJICÁ		TELÉFONO 8830467		EMAIL marceaco07@gmail.com	

**2 FORMACIÓN ACADÉMICA**

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1992

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

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN EDUCACION	05	2016	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN ATENCION SOCIAL INTEGRAL EN SALUD MENTAL	07	2004	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	05	2003	140129

**3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

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

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

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER DE CAJICA			PÚBLICA 		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3106697196			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD MENTAL				DIRECCIÓN CARRERA 4 1 10				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER			PÚBLICA X		PRIVADA 		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA AREA SALUD MENTAL				DIRECCIÓN CARRERA 4 137A null a carrera 4 N0.1-49				

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO HOWARD				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8691225			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	17	Mes	05	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL >DOCENTE			DEPENDENCIA AREA DE DOCENCIA					DIRECCIÓN CAJLE 3 6 90 CENTRO CAJICA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8844545			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0637 DE 2014 ASESORA			DEPENDENCIA AREA RELACIONES CORPORATIVAS					DIRECCIÓN CARRERA 11 null null VEREDA BOJACA CHIA CUND						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8837077			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2020	Día	22	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE OFICINA			DEPENDENCIA ACOMPANAMIENTO PARA LA FAMILIA					DIRECCIÓN - CALLE 2 N.4-07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ALCALDIA -SECRETARIA DE EDUCACION					DIRECCIÓN Calle 2 No. 4 - 07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	01	Año	2018	Día	21	Mes	11	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ALCALDIA -SECRETARIA DE EDUCACION					DIRECCIÓN Calle 2 No. 4 - 07						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	02	Año	2017	Día	23	Mes	11	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ALCALDIA -SECRETARIA DE EDUCACION					DIRECCIÓN Calle 2 No. 4 - 07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2016	Día	01	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ALCALDIA Y SECRETARIA ED					DIRECCIÓN CALLE 2 4 07 CALLE 2 N.4-07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CALAMAR- GUAVIARE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	02	Año	2015	Día	22	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL					DIRECCIÓN Carrera 7 No. 7-89						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	14	Mes	01	Año	2014	Día	29	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL					DIRECCIÓN Calle 2 No. 4 - 07						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8830777			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	26	Mes	08	Año	2013	Día	30	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL					DIRECCIÓN Calle 2 No. 4 - 07						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																							
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CAJICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA															
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD															
TELÉFONOS 8795356			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO														
			Día		28		Mes		01		Año		2013		Día		28		Mes		07		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01			DEPENDENCIA SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL						DIRECCIÓN CALLE 2 47 07														

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0





## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Institución Educativa Departamental Instituto Técnico  
Comercial "JOSE DE SAN MARTIN"  
Avenida Termas N.º 6-18 Teléfono: 864 7212  
Tabio - Cundinamarca

En la ciudad de Tabio Cundinamarca a los Veintisiete (27) días del mes de Noviembre del año 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO TECNICO DE BACHILLERATO COMERCIAL DEPARTAMENTAL "JOSE DE SAN MARTIN"**.

Institución aprobada hasta 1993 inclusive en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la **SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA**, para otorgar el título de **BACHILLER** en la modalidad **COMERCIAL**, según **Resolución No. 01683 del Veintidós (22) de Noviembre de 1990**.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TECNICO COMERCIAL** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

### MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ

Identificado con Tarjeta de Identidad N° 740804-01470 de Cajicá

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 14 de fecha Veintisiete (27) de Noviembre de 1992 que consta de 64 alumnos graduados que comienza con el nombre de **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ** y termina con el de **HUGO JAVIER ZOQUE DIAZ**.

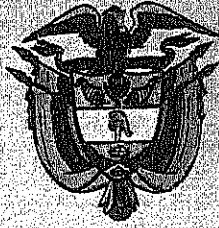
Firmada y Sellada por **GREGORIO ARQUIMEDES BELTRAN LEON** Rector y **LUCIA GONZALEZ DE GARAVITO** Secretaria.

Dada en el Municipio de Tabio Cundinamarca, a los Cinco (05) días del mes de Febrero de Dos Mil Veintiséis (2026).

Dra. **NUBIA ISABEL ROJAS CARRILLO**  
C.C. N° 20.390.799 de Arbeláez  
Rectora

**JAQUELINE JURADO AVILA**  
C.C. N° 20.983.114 de Tabio  
Secretaria





La República de Colombia

y en su nombre

El Instituto Técnico de Bachillerato Comercial Departamental  
"José de San Martín"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según  
Resolución No. 01683 del 22 de Noviembre de 1990

Confiere a

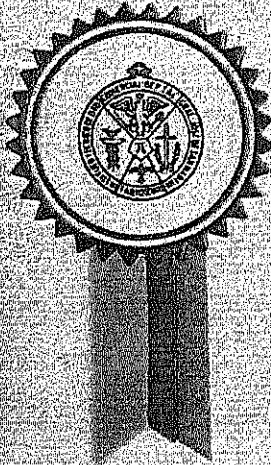
**Martha Cecilia Acosta Rodríguez**

Identificado(a) con T. I. No. 740804-01470 de CAJICA

El Título de

**Bachiller Técnico Comercial**

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



Rector

Secretaria

*[Firma]* *[Firma]*  
Fecha, 27 de Noviembre de 1992

Acuerdo al folio 222 Libro de Registro No. 28

Secretaría de Educación

*[Firma]*  
Dado en Bogotá de Bogotá D. C., a 23 de Abril de 1993

REPUBLICA DE COLOMBIA  
FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES  
Con Personería Jurídica No. 1912 del 18 de mayo / 1987 del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE:

*Martha Cecilia Acosta Rodríguez*

Matrícula No. 52.623.466 de Cajicá

CURSÓ Y APROBÓ TODOS LOS ESTUDIOS PROGRAMADOS POR ESTE CLAUSTRO  
UNIVERSITARIO Y CUMPLIENDO LAS EXIGENCIAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS,  
LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

*Psicóloga*

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, SE FIRMA Y SELLA ESTE DIPLOMA EN  
BOGOTÁ, D.C. A LOS 29 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2003



RECTOR

*[Signature]*  
SECRETARÍA GENERAL



**Fundación  
Universitaria  
Los Libertadores**

Fundación Universitaria Los Libertadores - Calle 142 No. 140-250 - Bogotá, D.C.

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Aprobado por Acuerdo del Consejo Superior No. 03 de 1995

**ACTA DE GRADO No. 25 0023**

En Bogotá, D.C., a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto de 2003, se reunieron las directivas de la Fundación Universitaria Los Libertadores, con el fin de formalizar la graduación del (la) alumno (a):

**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRÍGUEZ**  
C.C. No. 52.623.406 DE CAJICA

El cual y aprobó las asignaturas del Programa Académico y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por los reglamentos de la institución para optar el Título de:

**PSICÓLOGA**

En virtud de la representación de la Fundación Universitaria Los Libertadores, se procedió a la entrega del diploma correspondiente, en presencia de la Sr. María Teresa Morales Morales, Secretaria General.

En Bogotá, D.C., a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto del 2003.

En fe del presente, se firmó el presente Acta No. 25/0023 fecha 29/08/2003.

**MARIA TERESA MORALES MORALES**  
**SECRETARIA GENERAL**





E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER  
SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE  
CAVELIER DE CAJICÁ-CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que de acuerdo con la información registrada en la oficina de contratación de la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, se encontró que **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No C.C 52.623,406, ejecutó los siguientes contratos de prestación de servicios con la E.S.E.:

CONTRATO	No 378 DE 2025
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO EN LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICA CUNDINAMARCA EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1220 DEL 08 JULIO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE CAJICA
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$14.250.000
FECHA DE INICIO	09 DE MAYO DE 2025
FECHA DE TERMINACION	08 DE AGOSTO DE 2025
ESTADO ACTUAL	TERMINADO

CONTRATO	No 643 DE 2025
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE CAJICÁ
VALOR TOTAL CONTRATADO	\$4.750.000
FECHA DE INICIO	28 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACION	27 DE DICIEMBRE DE 2025
ESTADO ACTUAL	TERMINADO

Dada en Cajicá a los 13 días del mes de enero de 2026.

  
MARIO FERNANDO VÁSQUEZ RODRIGUEZ  
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E

Elaboró: María del Pilar León A – Auxiliar Contratación



- ALCALDÍA DE -  
**CAJICÁ**

NIT 832002436-5  
Carrera 4 No. 1 - 10 Cajicá (Cundinamarca)  
Cel: 3106697196

[www.hospitalcajica.gov.co](http://www.hospitalcajica.gov.co)  
Instagram: @Hospitalcavelieroficial  
Facebook: ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier



COLEGIO HOWARD  
Resolución 0011137 del 7 de diciembre de 2015  
Resolución 004097 del 5 de noviembre de 2021  
"Líderes con amor, dedicación y esfuerzo"

## CERTIFICA

Que: **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ** identificada C.C.N. 52.623.406 expedida en Cajicá, laboró en esta institución como docente del grado **SEGUNDO** de mayo 17 al 30 de noviembre del 2024 y docente de ética desde los grados **SEGUNDO A OCTAVO**, y brindo asesoría psicológica desde febrero a noviembre del 2024. Labor que realizo con buen desempeño.

Se expide a solicitud de la interesada para tramites laborales en Cajicá a los 29 días el mes de enero 2025

En constancia firma,

  
LUZ STELLA AYALA MORATO  
Rectora

CALLE 3 No. 6-90 CAJICÁ -CENTRO- Contacto 8691225  
NIT 20421412-0



LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL SENA REGIONAL  
CUNDINAMARCA

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.623.406 de Cajicá., celebró con **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**, el (los) siguiente(s) contrato(s) de prestación de servicios personales regulados por la Ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública), modificada por la Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 y sus demás Decretos o normas reglamentarias, como se describe a continuación:

- Número y fecha del contrato:** 25-9513-312-2022 cesión del 21 de noviembre de 2022.
- Objeto:** Prestación de servicios profesionales de carácter temporal para la divulgación del portafolio de servicios del Centro brindando asesoría corporativa a clientes internos y externos sirviendo como vínculo entre el Centro de Desarrollo Agroempresarial y al sector empresarial mediante los diferentes canales generando estrategias que permitan el incremento de contratos de aprendizaje y contratos voluntarios encaminado hacia el cumplimiento de las metas para posicionamiento del Centro en el área de Relaciones Corporativas.
- Plazo de ejecución:** Un (01) mes y diez (10) días.
- Valor:** El valor del contrato para todos los efectos legales y fiscales se fijó en la suma de Cuatro Millones Cuatrocientos Cincuenta y Un Mil Cuarenta y Tres Pesos M/Cte (\$4.451.043).
- Fecha de inicio de ejecución:** Veintiuno (21) de noviembre de 2022.
- Fecha de terminación:** Treinta (30) de diciembre de 2022.
- Término de ejecución:** Un (01) mes y diez (10) días.
- Obligaciones específicas:**

1. Brindar asesoría corporativa al sector empresarial mediante, visitas y atención telefónica en temas de manejo y cumplimiento de la cuota de aprendices regulada, en el manejo y uso del sistema de gestión virtual de aprendices, en los servicios de servicio público de empleo SENA, programas de formación que ofrece el centro y demás servicios que ofrezca la entidad. 2. Apoyar en la implementación de estrategias que permitan incrementar la participación en la colocación de contratos de aprendizaje obligados y voluntarios SENA. 3. Garantizar la proyección de contratos de aprendizaje efectivos obligados y voluntarios en la plataforma SGVA. 4. Orientar a los clientes internos y externos sobre portafolio de servicios del Centro. 5. Realizar acompañamiento a los diferentes compromisos asumidos por el Centro de formación con el sector productivo de la zona de influencia. 6. Adelantar las visitas o asesoría virtual a las empresas asignadas para el manejo y cumplimiento de la cuota de aprendices regulada 7. Presentar informes mensuales para que el líder de la dependencia pueda realizar seguimiento y control de las metas asignadas al centro de formación en el área de relaciones corporativas y atención al usuario 8. Apoyar de manera presencial o virtual a las diferentes dependencias del SENA y el sector productivo para atender a los requerimientos de capacitación en relación al portafolio de servicios 9. Apoyar los eventos y ferias presenciales o virtuales que organice el Centro de formación, las Entidades Territoriales y o el Sector



Certificado No.  
SC-CER339881




Certificado No.  
CO-SC-CER339881

Certificación No. 086



Productivo 10. Las demás necesarias y asignadas por el supervisor del contrato para el cabal cumplimiento del objeto contractual.

Se expide a solicitud del interesado (a), de acuerdo con la información registrada en el sistema On Base del SENA y en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II), a los veintisiete (27) días del mes de enero de 2023.

  
**LEONORA BARRAGAN BEDOYA**  
Subdirectora del Centro de Desarrollo Agroempresarial  
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Vs. Bº: Javier Ricardo Jimenez Rincon, Coordinador Administrativo  
Proyecto: Mlle Yesenia Malagon Arevalo, Contratista



Certificado No.  
SC-CER339681



Certificado No.  
CO-SC-CER339681



EDUCACIÓN MUNICIPAL  
DE CAJICA

**SECRETARIA GENERAL**

**LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE GESTIÓN HUMANA**

**CERTIFICA QUE:**

**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 52.523.408 expedida en Cajica, se encuentra vinculada a la Administración Municipal de Cajica desde el día (02) de enero de 2020 hasta el veintidós (22) de julio de 2022, desempeñó el cargo denominado **DIRECTOR TÉCNICO DE DIRECCIÓN PARA LA EQUIDAD Y FAMILIA** código 003 Grado 03 **EN LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL**, Cargo de libre nombramiento y remoción, con una asignación mensual salarial de **SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS (\$6.594.654,00) M/CTE**.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los días (02) días del mes de agosto de dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**DANIEL ESTEBAN MARTÍNEZ CHAMUCERO**  
Director Administrativo de Gestión Humana - SG

Proyectó: Paula Gómez Acosta OPS 50200  
Revisó y Aprobó: Daniel Esteban Martínez Chamucero - Director de Gestión Humana



**CAJICA**  
TIEMPO FUTURO

Calle 2 No. 8-27 - Cajica - Guantánamo - Cuba  
Teléfono: 20507901 - 20507902 - 20507903  
Correo: direccion@cajica.gub.cu | cajica@cajica.gub.cu



LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA

Que la señora MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ, identificada con C.C. No. 52.623.406 Expedida en Cajica Cundinamarca suscribió y ejecuto con la Administración Municipal de Cajica, el contrato que se relaciona a continuación:

• CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 018 -2017

- ✓ OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL CAPELLANIA PRIMARIA DEL MUNICIPIO DE CAJICA POR JORNADA UNICA.
- ✓ VALOR DEL CONTRATO: VEINTIOCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$28.500.000.00) M/OTE.
- ✓ FECHA DE INICIO: 07 DE FEBRERO DE 2017
- ✓ FECHA DE TERMINACIÓN: 23 DE NOVIEMBRE 2017
- ✓ PLAZO DE EJECUCION NUEVE (9) MESES Y QUINCE (15) DIAS
- ✓ ESTADO: EJECUTADO A SATISFACCIÓN

Se expide en Cajica, a los Nueve (09) dias del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciocho (2018)

  
SANDRA FABIOLA CASTRO RINCÓN  
Directora de Contratos y Convenios

AMC-SG-121-2018

Proyecto y Elaboró: Darío Andrés Castro /Comisista/SG/OCC





LA DIRECTORA DE CONTRATOS Y CONVENIOS  
CERTIFICA

Que la señora **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ** identificada con la C.C. No. 82.823.408 Expedida en Cajica, suscribió con la Administración Municipal de Cajica, el contrato que se relaciona a continuación.

- **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 104-2016** ✓
- ✓ **OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL CAPELLANÍA DEL MUNICIPIO DE CAJICA.
- ✓ **VALOR DEL CONTRATO:** DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ✓ (S 19.800.000,00)
- ✓ **FECHA DE INICIO:** 01 De Marzo del 2016 ✓
- ✓ **FECHA DE TERMINACIÓN:** 01 De Diciembre del 2016 ✓

Se expide en Cajica, a los Veintitrés (23) días del mes de Enero del año Dos Mil Diecisiete (2017).

  
**LUZ ARIZA PÉREZ TORRES**  
Directora de Contratos y Convenios

AMC-SG-189-2017  
Proyecta y Elaboró: Juan Camilo Cifuentes



Calle 2 No. 4-01 / Tel: 675 3398 Ext. 112 / [contratos@cajica.gov.co](mailto:contratos@cajica.gov.co)

CAJICA, NUESTRO COMPROMISO





LA DIRECTORA DE CONTRATOS Y CONVENIOS

CERTIFICA

MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ, identificada con la C.C. No. 52.623.406, residente en Cajicá, suscribió con la Administración Municipal de Cajicá el siguiente contrato que se relaciona a continuación:

• **Contrato de Prestación de Servicios No.035-2012**

• **Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE PSICOLOGIA EN LA COMISARIA DE FAMILIA PARA LA ATENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LAS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE CAJICA.

• **Valor del Contrato:** NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$9.000.000.00)

• **Vigencia del Contrato:** Enero 30 de 2012 a Junio 30 de 2012.

• **Contrato de Prestación de Servicios No.242-2012**

• **Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE PSICOLOGIA EN LA COMISARIA DE FAMILIA PARA LA ATENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LAS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE CAJICA.

• **Valor del Contrato:** DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$10.800.000.00).

• **Vigencia del Contrato:** Agosto 13 de 2012 a Diciembre 30 de 2012.

• **Contrato de Prestación de Servicios No.053-2013**

• **Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE PSICOLOGIA EN LA COMISARIA DE FAMILIA PARA LA ATENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LAS FAMILIAS CON DERECHOS AMENAZADOS, VULNERADOS O INOBSERVADOS DEL MUNICIPIO DE CAJICA.





Valor del Contrato: **OSIE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.400.000.00)**

Vigencia del Contrato: **Enero 28 de 2013 a Julio 28 de 2013**

Contrato de Prestación de Servicios No.028-2014.

Objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ POR LA ATENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LAS FAMILIAS CON DERECHOS AMENAZADOS, VULNERADOS O INOBSERVADOS**

Valor del Contrato: **VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE (\$22.942.500)**

Vigencia del Contrato: **Enero 14 de 2014 a Diciembre 29 de 2014**

Contrato de Prestación de Servicios No.060-2015.

Objeto: **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE PSICOLOGÍA EN LA COMISARIA DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ PARA LA ATENCION Y ASISTENCIA INTEGRAL A LAS FAMILIAS CON DERECHOS AMENAZADOS, VULNERADOS O INOBSERVADOS**

Valor del Contrato: **VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$22.346.660.00)**

Vigencia del Contrato: **Diez (10) Meses y Veinte (20) días de Febrero 02 de 2015 a Diciembre 22 de 2015.**

Se otorga en Cajicá, a los Catorce (14) días del mes de Enero del año Dos Mil Dieciséis (2016).

  
**LUZ AIDA PÉREZ TORRES**  
Directora de Contratos y Convenios

000010-2016  
Luz Aida Pérez Torres





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.523.406  
ACOSTA RODRIGUEZ

APELLIDO  
MARTHA CECILIA


CIUDADANO



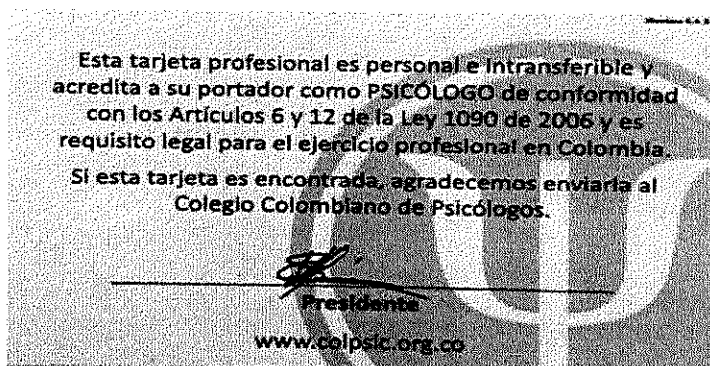
FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1974  
CAJICA  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.59 A+ F  
ESTATURA G.B. RH SEXO  
31-DIC-1982 CAJICA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
GABRIEL RAFAEL BRACHES TARREROS



A-1500100-00010613 F-0052623406-20060003 0000365492A 1 1550002918

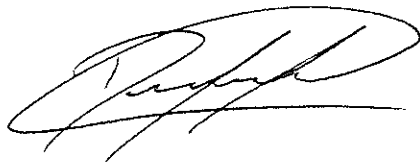


## TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, con documento de identificación N° **52623406**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

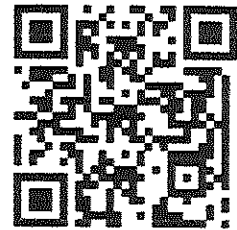
Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 5 de febrero de 2026.





**DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO**


Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología



jjua0nm/PNWxd7aG3VtU  
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:  
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>

 Carrera 19 # 84 -49 Antiguo Country  
Bogotá D.C., Colombia

 | 317 685 22 20

 | [auxiliar.tribunales@colpsic.org.co](mailto:auxiliar.tribunales@colpsic.org.co)

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

**HACE CONSTAR:**

Que **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **52623406** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 140129 expedida el 23/01/14, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 5 de febrero de 2026.

**Nota:** De acuerdo con el párrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,





**JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA**


Presidente del Consejo Directivo Nacional



FrjGi8D8xuOGvhGTAmi0  
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:  
<https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento>

 Carrera 19 No. 84 - 49,  
Antigua Country  
Bogotá, D.C. Colombia

 [colpsic.org.co](http://colpsic.org.co)  
[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)

 (601) 745 14 70



SC-2001331

# Certificación Bancaria

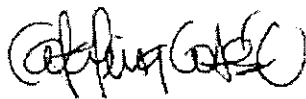
Martes, 03 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 52623406, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	33584506976	2022-05-19	ACTIVO	****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.  
Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-42) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-21) 343 90 00 - Barranquilla - Local: (57-27) 361 88 88 - Cali - Local: (57-20) 554 05 05  
Resto del país: 01800 09 123-Subcentrales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 800 379 9714.



Catalina Cortés Uribe  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia cuida la seguridad de sus datos personales y de sus productos bancarios mediante tecnologías de conexión electrónica. En caso de recibir alguna solicitud de inmediato a correo: [soporte@bancolombia.com.co](mailto:soporte@bancolombia.com.co)

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR

NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52623406, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251007	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIANA CASAS ACOSTA	HI	1072656594	TI	20260201	No Registrada	Activo
JUAN ESTEBAN CASAS ACOSTA	HI	1141515053	CC	20260201	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e ICBF	
CC 52623406		ACOSTA RODRIGUEZ MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG3 SUR #14 49	CAJICA-CUNDINAMARCA	8666641	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Banco	Dias Mera	Valor	
2026-01	30831405	9498014133	I	2026/02/03	2026/02/03	BANCOLOMBIA	0	\$541,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES						
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
		<b>Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700				\$0	\$0
		Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700				\$0	\$0
		Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700				\$0	\$0
1	CC	52623406	ACOSTA MARTHA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EF5008	30	\$218,900	0	14-23	30	\$42,700	0	0	\$1,750,905	\$42,700	0	0	0	\$0	\$0
<b>Total</b>		<b>Afiliados( 1)</b>			\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$42,700			\$1,750,905	\$42,700				\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52623406		ACOSTA RODRIGUEZ MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG3 SUR #14 4P	CAJICA-CUNDINAMARCA	8666641	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Días Mora	Valor		
2026-01	9498014133	I	2026/02/03	2026/02/03	BANCOLORBIA	0	\$541,800		

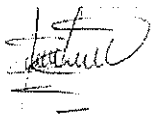
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$541,800</b>	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52623406**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de febrero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ identificado con CC. 52623406 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER
Tipo y Numero de Documento	NI - 832002436

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/23	Fecha inicio contrato	2026/02/23
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/04/22
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18022026M52623406A9622354**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141233572275



(415)7707212489984(8020) 000014123357227 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de Identificación 5 2 6 2 3 4 0 6

Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 29. Departamento Cundinamarca 2 5 30. Ciudad/Municipio Cajicá 1 2 6

31. Primer apellido ACOSTA 32. Segundo apellido RODRIGUEZ 33. Primer nombre MARTHA 34. Otros nombres CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Cundinamarca 2 5 40. Ciudad/Municipio Cajicá 1 2 6

41. Dirección principal CR 4 ESTE 5 59 BRR LA ESTACION

42. Correo electrónico marthaacostarodriguez754@gmail.com 43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 5 7 8 2 6 6 8 3 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica: 46. Código 8 6 9 9 47. Fecha inicio actividad 2 0 0 3 0 8 2 9 48. Código 7 0 2 0 49. Fecha inicio actividad 2 0 0 9 0 6 0 8 50. Código 8 4 1 3 4 7 9 9 51. Código 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1-10 11-20 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:

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

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:

984. Nombre 985. Cargo



### Declaración de Ley 2013 de 2019

Por el presente se da a conocer la información de la Ley 2013 de 2019.

Declaración de Ley 2013 de 2019

Presentar los datos de la Ley 2013 de 2019, en el momento de la declaración de la Ley 2013 de 2019, en el momento de la declaración de la Ley 2013 de 2019, en el momento de la declaración de la Ley 2013 de 2019.

#### Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Procesos	Declaración No.	Entidad	Categoría	Partido	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	2013-01	MUNICIPAL PROCESO EJECUTIVO	COMUNICACIÓN	INDEPENDIENTE	2013-01-01 10:00	2013-01-01 10:00	FINALIZADO
	2013-01	MUNICIPAL PROCESO EJECUTIVO	COMUNICACIÓN	INDEPENDIENTE	2013-01-01 10:00	2013-01-01 10:00	FINALIZADO
	2013-01	MUNICIPAL PROCESO EJECUTIVO	COMUNICACIÓN	INDEPENDIENTE	2013-01-01 10:00	2013-01-01 10:00	FINALIZADO
	2013-01	MUNICIPAL PROCESO EJECUTIVO	COMUNICACIÓN	INDEPENDIENTE	2013-01-01 10:00	2013-01-01 10:00	FINALIZADO

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARTHA	CECILIA	ACOSTA	RODRIGUEZ

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$18.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDWIN	ANTONIO	CASAS	BELLO

Tipo documento  Número

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

--

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Sí  No

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

#### 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí  No

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

Nombre entidad	Valor

#### 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí  No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Cli 2 # 3-25, Interior 2  
Cajicá, Cundinamarca  
318 7253344  
NI 900231225



Impreso con MedSystem®

## Certificado laboral

900231225-6 - PARTICULARES

<b>Paciente</b>	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	<b>Ocupación</b>	PSICOLOGA
<b>CC</b>	52623406	<b>Entidad</b>	Compensar EPS
<b>Sexo</b>	Femenino	<b>Examen</b>	Pre-ingreso laboral
<b>Nacimiento</b>	04 de ago. 1974 (51 años, 5 meses)	<b>Fecha</b>	jue., 15 de ene. 2026 02:47 PM
<b>Estado civil</b>	Casado(a)		
<b>Ciudad</b>	Cajica		
<b>Dirección</b>	DIAGONAL 3SUR #14-49		
<b>Teléfono</b>	+573157826683		



## Servicios realizados

Audiometría

Medicina Ocupacional

Visiometría

## Concepto

### Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Generación: jue., 15 de ene. 2026

### Observaciones y/o recomendaciones

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Satisfactorio

Si

CONCEPTO OCUPACIONAL

Sin restricción para el cargo + recomendaciones

Limitaciones O Restricciones

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Solicitar en su EPS valoración anual por Audiometría, Solicitar en su EPS valoración anual por Optometría, Uso de Elementos de Protección Personal. Dieta y ejercicio

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Realizar Actividad Física Constantemente, Capacitar en manejo de cargas, Capacitar en pausas activas e higiene postural, Realizar pausas activas durante la jornada laboral.

La presente certificación se expide con base en la historia laboral del trabajador, la cual tiene caracter confidencial y su manejo es regulado por la resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009

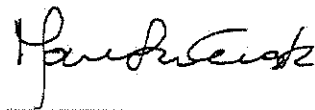
15/1/26, 15:20

52623406-MARTHA-CECILIA-ACOSTA-RODRIGUEZ-Concepto-20260115-1501-3497930

Dr. Lizbeth M. Castañeda F.  
Médico General E.S. 6351  
C.C. 39769678  
R.M. 25300/2000  
LSD No. 7631 27/07/17

**Lizbeth Castañeda Fonseca**

CC: 39769678  
Médico Laboral  
25300/2000



**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**

CC: 52623406  
Paciente

\* Firma autorizada desde el consentimiento informado



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 05 de febrero de 2026, a las 11:25:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52623406
Código de Verificación	52623406260205112515

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

Generó: WEB





## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 290772116



PIB  
12:53:01  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52623406:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**

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



POLICIA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO CONTACTENDOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa.

Que siendo las 12.00.36 PM del 05/03/2023, el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía ID 52823468

Apellidos y Nombres: ACOSTA RODRIGUEZ MARTHA CECILIA ✓

**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-453 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 registren antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena

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

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

[Volver al inicio](#)



Carretera a la zona E Dorado 575 - 22 Centro Modulo Siglo 20 C  
Policia Nacional de Colombia - Línea de Atención al Ciudadano 1120 entre 500 y 600 pm  
Línea de atención al ciudadano 3182700 ext 10350 Bogotá  
Frente de uso 016003910112  
Email: [atencionciudadano@policiasn.gov.co](mailto:atencionciudadano@policiasn.gov.co)



Policía Nacional

Inicio

Propuestas frecuentes

Contacto

Notificaciones

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:14 de noche del 05/02/2022 el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 52623406, Apellidos y Nombres **ACOSTA RODRIGUEZ MARTHA CECILIA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital profesor jorge caveller**, con Nit **832002436-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo de **asesor**, en cumplimiento de la Ley 1915 del 12/07/2018 por medio de la cual se establece el régimen de **trabajo rotativo** a quienes **hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años**, en línea al Registro de **inhabilitados** y se **anular** otras disposiciones y su Decreto Reglamentario 733 del 30/04/2012 por medio del cual se reglamenta la Ley 1915 de 2018, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1772 del 02/03/2014 y demás normativas que restan a favor al tratamiento de **asos**.

Imprimir



**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 52623406 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 03/02/2026 05:15 PM



Código Verificación: **GK1BX7ST2R**

Válida hasta: **04/05/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# DIAN

[Inicio](#) | [Uso de la página](#) | [Uso de la página](#) | [Uso de la página](#)

► **Consulte su estado RUT.**

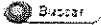
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO

Por favor suministre los siguientes datos:

NIT	52623408	DV	
Primer Apellido	ACOSTA	Segundo Apellido	RODRIGUEZ
Primer Nombre	MARTHA	Otros Nombres	CECILIA
Fecha Actual:	05-02-2025 12:01:58		
Estado:	REGISTRO ACTIVO		
Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN			



Operación exitosa.



ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*  Número de Identificación \*  Primer Nombre  Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

4927

Resultado General -2026-02-03-->2:41:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52623406	MARTHA	CECILIA	ACOSTA	RODRIGUEZ	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ Identificado(a) con CC 52623406 registra La siguiente información:

2026-02-03-->2:41:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Psicología	2003-09-24	8989	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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



**MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S**

**NIT 901.704.533-4**

**CERTIFICA QUE**

**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRÍGUEZ**

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52623406**

**Asistió al Curso Básico**

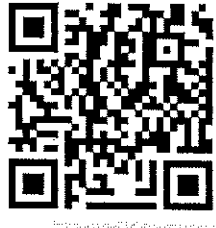
**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL ABUSO  
SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL.**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 19 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.



**Luisa Fernanda Cerquera Ortiz**  
**Gerente**



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 5400 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEMEJA DE LA ESPERANZA



Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901366232-1

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

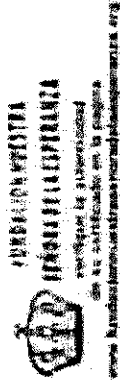
**Certifica**  
**Martha Cecilia Acosta Rodríguez**  
**CC 52623406 de Cajicá**

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Verificando:



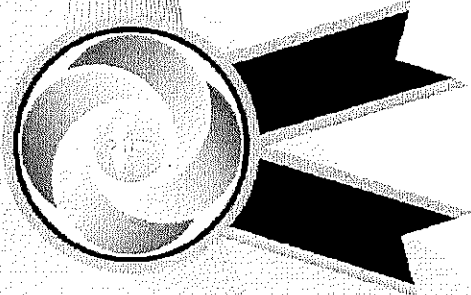
Fecha de emisión: 2025-10-06  
Fecha de vencimiento: 2027-10-06



*Ed. Cevalleda*  
ING. SOLANILLY COVALEDA  
Representante Legal

*(Signature)*  
DEIBIS STEFANUS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 12008  
Docente

*(Signature)*  
ROSA GUZMAN  
ESP  
Docente Especialista  
Docente Especialista



**MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S**

**NIT 901.704.533-4**

**CERTIFICA QUE**

**MARTHA CECILIA ACOSTA RODRÍGUEZ**

**IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52623406**

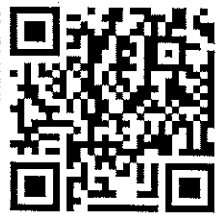
**Asistió al Curso Básico**

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 19 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Luisa Fernanda Cerquera Ortiz**  
**Gerente**



VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/RESOLUCIÓN 3400 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SAJUB





# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

MIT. 860.009.578-5

PROFESIONALES DE LA SALUD

Ciudad de Expedición	BOGOTÁ, D.C.	Tipo de Movimiento	EMISION ORIGINAL	Poliza No.	11-03-101026428	Anexo No.	0
Tomador	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	Ciudad	CAJICA, CUNDINAMARCA	CC	52.623.406	TELÉFONO	8830467
Dirección	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	Ciudad	CAJICA, CUNDINAMARCA	CC	52.623.406	TELÉFONO	8830467
Asegurado	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	Dirección	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CC	52.623.406	TELÉFONO	8830467
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0	Vigencia Anexo			
Fecha de Expedición	04 / 07 / 2025	Vigencia Seguro	HASTA LAS 24 HORAS DESDE LAS 24 HORAS	04 / 07 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS DESDE LAS 24 HORAS	04 / 07 / 2026	04 / 07 / 2026
Interventario	GRUPO INVERHUMANIA SEGUROS LTDA	Clave	205141	% Participación	100.00	COMPANIA	% PARTICIPACION

RIESGO:	1
ACTIVIDAD:	PSICOLOGIA
DESCRIPCION	AMPAROS
PERJUICIO PATRIMONIAL	SUMA ASSEGURADA & INVAR
REDUCIBLES:	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - MÍNIMO: 1.00 SMLMV EN ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD . 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS EN GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD
LIMITES POR EVENTO:	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 10,000,000.00
OBJETO DE LA POLIZA:	
TOTAL SUMA ASSEGURADA	\$ *****100,000,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO
PRIMA:	\$ *****115,802.00
IVA:	\$ *****22,002.00
TOTAL A PAGAR:	\$ *****137,804.00

TERMINO 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 SERA A SEGUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 25.07.2022.1329.P.05.00000000E.RC.001A.D001.ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA POLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA  
PAGO:  
1100063010512-1

(415) 7709998021167 (8020) 11000630105121 (3900) 000000137804 (96) 20250818

CLIENTE  
*[Signature]*

11-03-101026428  
*[Signature]*

MARTHACORREDOR  
FAMILIARIZADA  
Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Teléfono: 601-2188977, 601-6019330



**SEGUROS DEL ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL BOGOTÁ	TIPO DE MOVIMIENTO EMISIÓN ORIGINAL	PÓLIZA N.º 11-03-101026428	ANEXO N.º 0
TOMADOR MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ		CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	CC 52.623.406	TELEFONO 8830467
DIRECCIÓN KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION		CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	CC 52.623.406	TELEFONO 8830467
ASEGURADO MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ		CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	CC 52.623.406	TELEFONO 8830467
DIRECCIÓN KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION		CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	CC 52.623.406	TELEFONO 8830467
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICIÓN (D-M-A) 04 / 07 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 04 / 07 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 04 / 07 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 04 / 07 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 04 / 07 / 2026	
INTERMEDIARIO GRUPO INVERHUMANA SEGUROS LTDA CLIENTE	CLAVE 205141	% PARTICIPACION 100.00	COMPañIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

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

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
[www.segurosdevidaddelestado.com](http://www.segurosdevidaddelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de trámite. **AUTOFISIA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330**

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PAGINA WEB**

**DATOS CON CONVENIO - No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 006465445

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

TERMINO 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 SERA A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA 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, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

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

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



REFERENCIA PAGO:  
1100063010512-1

(415) 7709998021167 (8020) 11000630105121 (3900) 000000137804 (96) 20250818

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

CUCURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101026428	0
TOMADOR	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD	CAJICA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	8830467
ASEGURADO	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD	CAJICA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	8830467
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

TOMADOR : MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ C.C.52.623.406  
 ASEGURADO : MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ C.C.52.623.406  
 BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION CONSULTORIO. NO POSEE CONSULTORIO

VIGENCIA: 04/07/2025 AL 04/07/2026

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA  
 BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL  
 CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001  
 EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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

PROFESION DE LA SALUD : PSICOLOGIA

LIMITE ASEGURADO \$100.000.000

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

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$137.805

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

**COBERTURAS:**

**1. AMPARO BASICO**

**1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:**

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

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

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

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

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

**1.2. GASTOS DE DEFENSA**

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

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

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

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

MARTHACORREDOR

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

DECURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101026428	0
TOMADOR	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
ASEGURADO	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

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:

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 OBTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

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

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE 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 (PLO), POR:

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

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

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

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

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

**LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:**

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

AMPARO BASICO \$100.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

\$100.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$100.000.000

**GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:**

EVENTO \$10.000.000

VIGENCIA \$20.000.000

**DEDUCIBLES:**

GASTOS DE DEFENSA : 10%

DEMÁS AMPAROS : 10% MÍNIMO 1 SMMLV

**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.

MARTHACORREDOR

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101026428	0
TOMADOR	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
ASEGURADO	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.  
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:  
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.  
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.  
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.  
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADA PARA ESTE FIN
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGUERESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION 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. PÉRDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

MARTHACORREDOR

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NET. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

CUCURSA...	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101026428	0
TOMADOR	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
ASEGURADO	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ	CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 8830467
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIERSE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
  - I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
  - II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

MARTHACORREDOR

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

CURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		FOLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL		11-03-101026428	0
TOMADOR	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ		CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8830467
ASEGURADO	MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ		CC	52.623.406
DIRECCION	KR 4 ESTE NRO. 5 - 69 LA ESTACION	CIUDAD CAJICA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8830467
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURO ESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

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

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

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

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

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

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

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

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

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

- A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
- B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
- 3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

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

B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

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

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

- 1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
- 2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION 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.

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

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

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

- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER**

**CERTIFICA:**

Que es oportuno y conveniente contratar la prestación de SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PSICOLOGÍA PARA OPERAR EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ - CUNDINAMARCA EN LA E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 MAYO DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

Que teniendo en cuenta los documentos y estudios previos, se estima procedente contratar **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.623.406 de Cajicá- Cundinamarca, puesto que su preparación académica y experiencia, certifican la idoneidad y conocimiento que tiene frente a las actividades a desarrollar dentro del objeto contractual.

**PERFIL DEL PROCESO:**

Formación Académica: Profesional Psicología.  
Especialización en: No aplica.  
Experiencia: tres (03) meses.

**VERIFICACIÓN:**

Educación: Psicólogo.  
Formación Académica: profesional.

**EXPERIENCIA:** cinco (05) meses.

Que verificada la idoneidad de **MARTHA CECILIA ACOSTA RODRIGUEZ**, en relación con los honorarios del contrato que se celebre, se realizará mediante pagos mensuales, de conformidad con la circular No. 058 del 15 de junio de 2024 "Por medio de la cual se establece la escala de honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de la E.S.E Hospital Jorge Cavellier" y teniendo en cuenta que por la naturaleza del objeto a contratar y las obligaciones convenidas, no es posible establecer el pago por entrega de productos o cumplimiento de metas.

Expedido en Cajicá, en aplicación del artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, a los 16 días del mes de febrero de 2026.

  
**FADIME MARTINEZ URZOLA**  
GERENTE

Proyectó: Diana Perneth Oviedo – Profesional Universitario.  
Revisó: Diana Rocío Oviedo Calderón