	<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  
**JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ**  
 Cedula de ciudadanía No 1.070.019.980  
 Dir- Carrera 5 N° 7-72 Cajica  
 CEL: 3214821442  
 E-MAIL: [amavabenitezjessicapaola@gmail.com](mailto:amavabenitezjessicapaola@gmail.com)

**ASUNTO: INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR**

Respetada señora Jessica:

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 ARTICULACION EN ENFERMERÍA EN LA OPERACION 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 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;">Nombre de la actividad</th> <th style="text-align: center;">Periodicidad</th> <th style="text-align: center;">Entregables (Medio de verificación)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado</td> <td style="text-align: center;">MENSUAL</td> <td>Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica/SURVEY</td> </tr> <tr> <td>Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) Plan de cuidado b) Canalización *rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas ): mínimo 40 visitas al mes * casco urbano- centro poblado : mínimo 60 visitas al mes</td> <td style="text-align: center;">MENSUAL</td> <td>Base de canalización, base de plan de cuidado individual</td> </tr> <tr> <td>Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la 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 o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y</td> <td style="text-align: center;">MENSUAL</td> <td>Instrumento de canalización diligenciado, informes, actas de reunión</td> </tr> </tbody> </table>			Nombre de la actividad	Periodicidad	Entregables (Medio de verificación)	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	MENSUAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica/SURVEY	Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) Plan de cuidado b) Canalización *rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas ): mínimo 40 visitas al mes * casco urbano- centro poblado : mínimo 60 visitas al mes	MENSUAL	Base de canalización, base de plan de cuidado individual	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la 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 o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y	MENSUAL	Instrumento de canalización diligenciado, informes, actas de reunión
Nombre de la actividad	Periodicidad	Entregables (Medio de verificación)													
Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	MENSUAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica/SURVEY													
Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) Plan de cuidado b) Canalización *rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas ): mínimo 40 visitas al mes * casco urbano- centro poblado : mínimo 60 visitas al mes	MENSUAL	Base de canalización, base de plan de cuidado individual													
Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la 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 o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y	MENSUAL	Instrumento de canalización diligenciado, informes, actas de reunión													

	<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

	<p>aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública</p>		
	<p>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 (mínimo 50 planes por microterritorio).</p>	MENSUAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
	<p>Participar Reunion Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud.</p>	MENSUAL	ACTAS DE REUNION
	<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>	MENSUAL	Bitácora de remisión/o la estandarizada por la entidad
	<p>Realizar priorización de una vereda por cada una de las auxiliares de enfermería asignadas a los microterritorios, de acuerdo con: número de familias, organizaciones comunitarias conformadas, necesidades manifestadas por la administración municipal o equipo PIC municipal y equipo del entorno hogar, para desarrollar procesos de redes sociales y comunitarias.</p>	MENSUAL	CRONOGRAMA, plan de trabajo mensual
	<p>Elaborar y participar una caracterización del entorno comunitario de cada una de las veredas seleccionadas, en conjunto con la comunidad, con mapeo y relación de los actores existente a través de una cartografía social.</p>	MENSUAL	Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia
	<p>Elaborar directorio de actores institucionales y comunitarios.</p>	MENSUAL	directorio
	<p>Informar acerca de los mecanismos de participación social en salud, y apoyar la conformación y desarrollo de veedurías ciudadanas, en las veredas priorizadas.</p>	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia



**E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.**

**Código:** A-ADM- CON-F-028

**Versión:** 1

**Fecha:** 03-Abril-2023

	<p>Coordinar con las administraciones municipales, los equipos de atención primaria y las IPS públicas y privadas, atenciones específicas en salud y servicios sociales, de los casos clasificados con alto riesgo en los micro-territorios asignados y priorizando en especial las poblaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adultos mayores solos y/o con cuidadores</li> <li>-Pacientes con enfermedades crónicas</li> <li>-Familias Gestantes</li> <li>-Personas con discapacidad y cuidadores.</li> <li>-Personas con movilidad reducida y/o en situación de vulnerabilidad.</li> <li>-Infancia y primera infancia.</li> </ul> <p>Lo anterior teniendo en cuenta también los reportes realizados a través de las fichas de notificación comunitaria</p>	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia - Bitacora de remision
	Realizar informes de seguimiento cuali cuantitativo al plan de acción planteado en cada vereda.	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia -
	Identificar factores de riesgo en salud mental y brindar informacion en rutas de atencion en violencias, conducta suicida, consumo de SPA, trastornos mentales y epilepsia	MENSUAL	Plan de cuidado y canalizacion
	Explicar a las familias priorizadas (de acuerdo con visita de caracterización del riesgo realizada por la auxiliar de enfermería) la ruta de atención en salud mental y la importancia de la adherencia al tratamiento.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalizacion
	Caracterizar el riesgo en el entorno hogar de la población con discapacidad.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
	Valorar la situación de salud y calidad de vida de las familias y los individuos, especialmente en los aspectos relacionados con la vivienda y su entorno inmediato, así como en la identificación de los aspectos de relaciones y dinámicas sociales del núcleo familiar y su funcionalidad).	MENSUAL	Plan de cuidado y/o listado de asistencia
	Identificar necesidades en salud del individuo, la familia y el cuidador primario.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalizacion
	Formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad	MENSUAL	Plan de cuidado



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

	Canalizar a su EPS y prestador primario correspondiente, al individuo, familia y cuidador, para dar continuidad a la atención en salud haciendo un seguimiento periódico de los resultados de esta canalización.	MENSUAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado/Survey
	Canalizar a otros sectores y realizar un seguimiento de esta canalización.	MENSUAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado/Survey
	Orientar y brindar mensajes claves al 100% de las gestantes priorizadas, sobre suplementación con micronutrientes alimentación saludable, RIAS, para promover prácticas de cuidado para la salud. Esta actividad se realizará de forma mensual y llegando oportunamente a los hogares de las gestantes priorizadas.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
	Canalizar inmediatamente a los servicios de salud (urgencias) a los menores identificados con signos clínicos de DNT aguda moderada o severa, o con circunferencia de brazo menor 11,5cm y que no se encuentren en manejo de acuerdo con la Resolución 2350/20. Canalizar a las intervenciones individuales en nutrición de acuerdo con el momento del curso de vida y lo identificado en la caracterización (Valoración en nutrición, Control posparto, Valoración integral de la lactancia materna, suplementación con micronutrientes, educación en alimentación saludable, etc.)	MENSUAL	Plan de cuidados y canalización
	Participar en mesas de trabajo intersectoriales y comunitarias para la conformación y fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias de apoyo a salud materna y del RN en caso de urgencia, en las cuales se deberá realizar actividades de educación en salud sobre: 1. Conformación de redes, 2. Intervenciones de la ruta Materno Perinatal con énfasis en la oferta de servicios y derechos de las personas gestantes, 3. Intervenciones claves. 4. identificación de factores de Riesgos y signos de alarma.	MENSUAL	Actas de reunión, registro fotografico y listados de asistencia
	Informar en Pautas de cuidado y crianza a actores comunitarios (juntas de acción comunal, asociaciones dentro del territorio, ONG, etc.) que prestan servicios a la primera infancia e infancia (CDI,	MENSUAL	Actas de reunión, registro fotografico y listados de asistencia



**E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER**

**GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**

**FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.**

**Código:** A-ADM- CON-F-028

**Versión:** 1

**Fecha:** 03-Abril-2023

	hogares infantiles, jardines infantiles comunitarios, madres sustitutas, hogares del ICBF), en signos de alarma en enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, de acuerdo a los riesgos detectadas.		
	Informar acerca de la prevención de accidentes en el hogar durante las jornadas de salud, difundiendo los tres mensajes básicos: 1. Cuidado en casa 2. como evitar que se enferme 3. cuando acudir al servicio de salud.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educar en derechos sexuales y derechos reproductivos a población general de Adolescentes y jóvenes, Con énfasis en. 1 Vivencia de la sexualidad: Componentes y funciones. 2. Toma de decisiones propias, con énfasis en autonomía sexual y reproductiva, elección de compañeros (as) sexuales, inicio y postergación de relaciones sexuales, y proyecto de vida. 3. anticoncepción, uso de doble protección (Preservativo), e Infecciones de transmisión sexual 4. interrupción voluntaria del embarazo y aborto seguro.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educar en derechos sexuales y derechos reproductivos a población general de los cursos de vida Joven, Adulto y Vejez, Con énfasis en. 1 Orientación sexual, 2. Elección de compañeros (as) sexuales, 3. anticoncepción y uso de doble protección (Preservativo), 4. interrupción voluntaria del embarazo y aborto seguro.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educar a mujeres adolescentes, jóvenes y adultas en salud menstrual.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educar a familias gestantes acerca de los cambios fisiológicos del embarazo y prácticas de cuidado de la gestante (incluyendo actividad física, ejercicios de relajación y preparación para el parto).	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educar sobre Toma de decisiones libre e informada en el marco de las Sentencias C-355 y C-055 - IVE, despenalización del aborto hasta semana 24 por cualquier causa y posibilidad de acceso para atención segura en el territorio, incluyendo el derecho a recibir método anticonceptivo posparto o postaborto.	MENSUAL	Plan de cuidado



E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELLIER

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-GESTIÓN DE CONTRATACIÓN


FORMATO DE INVITACIÓN PARA CONTRATAR.

Código: A-ADM- CON-F-028

Versión: 1

Fecha: 03-Abril-2023

	Educación y asesorar, a familias gestantes y comunidad acerca de la provisión y/o control de método anticonceptivo postparto a mujeres a quienes no se les dio garantía efectiva.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educación a la comunidad y familias gestantes acerca de pautas de puericultura y cuidados básicos del RN.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Educación a familias gestantes y comunidad acerca de los signos de alarma que pudieran requerir consulta por urgencias en las gestantes (signos de alarma específicos para emergencias obstétricas priorizadas: Hemorragia, Preeclampsia, Sepsis) y sus recién nacidos; invitación a conformar redes comunitarias y familiares para establecer ruta de reacción ante la urgencia obstétrica y del recién nacido.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Apoyar, participar y promocionar el 100% de las jornadas de salud programadas en el territorio, según delegación; y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Informar a la comunidad, sobre la detección temprana de las alteraciones auditivas y visuales.	MENSUAL	Plan de cuidado
	Informar a la comunidad acerca de hábitos higiénicos y corrector lavado de manos.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
	Informar a trabajadores informales de unidades de trabajo agrícolas y de sector comercio en sintomatología de intoxicación por plaguicidas.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
	Educación al 100% de los promotores de salud del territorio en la técnica de examen de mama.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
	Realizar gestión dentro de la jornada para la canalización efectiva y agendamiento de citas en articulación con la IPS para intervenciones individuales de la RPMS en cada uno de los cursos de vida de acuerdo con los riesgos identificados en la población asistente	MENSUAL	Actas de ejecución
	Responder oportunamente a las demás solicitudes del supervisor del contrato	MENSUAL	soportes de ejecución
	Realizar la notificación al SIVIGILA de cada uno de los casos de notificación inmediata y/o rutinaria identificados durante el acercamiento a las familias.	Cada que se identifique un caso de notificación inmediata o rutinaria.	Ficha de notificación diligenciada y entregada a la referente de Programa.

	<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

	Entregar informe cual cuantitativo mensual y final de actividades	MENSUAL	Informe de Actividades con soportes de ejecución durante el mes
	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.	MENSUAL	Actas de concertación, actas de ejecución, listado de asistencia, registro fotográfico con marca de agua.
<b>PRESUPUESTO OFICIAL</b>	HASTA LA SUMA DE DOCE MILLONES DE PESOS MILLONES PESOS (\$12.000.000)		
<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 Cavellier
- 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
- 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

Cajicá 09 febrero 2026

Señores

**E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER**

Cajicá – Cundinamarca

**REF.** Propuesta para PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ARTICULACION EN ENFERMERÍA EN LA OPERACION DE 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.

**JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ**, identificada con C.C. No 1070019980 Cajica, presento a la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER propuesta para desarrollar el contrato en referencia, conforme a los términos establecidos por la entidad con el fin de ejecutar las siguientes actividades:

1. Apoyar la realización las actividades descritas a continuación.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Entregables (Medio de verificación)
Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	MENSUAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica/SURVEY
Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) Plan de cuidado b) Canalización *rural baja dispersión (entre 15 -30 minutos entre viviendas ): mínimo 40 visitas al mes * casco urbano- centro poblado : mínimo 60 visitas al mes	MENSUAL	Base de canalización, base de plan de cuidado individual
Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la 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 o complementario y telemedicina). 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	MENSUAL	Instrumento de canalización diligenciado, informes, actas de reunión

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 (mínimo 50 planes por microterritorio).	MENSUAL	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica
Participar Reunion Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud.	MENSUAL	ACTAS DE REUNION
Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	MENSUAL	Bitácora de remisión/o la estandarizada por la entidad
Realizar priorización de una vereda por cada una de las auxiliares de enfermería asignadas a los microterritorios, de acuerdo con: número de familias, organizaciones comunitarias conformadas, necesidades manifestadas por la administración municipal o equipo PIC municipal y equipo del entorno hogar, para desarrollar procesos de redes sociales y comunitarias.	MENSUAL	CRONOGRAMA, plan de trabajo mensual
Elaborar y participar una caracterización del entorno comunitario de cada una de las veredas seleccionadas, en conjunto con la comunidad, con mapeo y relación de los actores existente a través de una cartografía social.	MENSUAL	Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia
Elaborar directorio de actores institucionales y comunitarios.	MENSUAL	directorio
Informar acerca de los mecanismos de participación social en salud, y apoyar la conformación y desarrollo de veedurías ciudadanas, en las veredas priorizadas.	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia
<p>Coordinar con las administraciones municipales, los equipos de atención primaria y las IPS públicas y privadas, atenciones específicas en salud y servicios sociales, de los casos clasificados con alto riesgo en los micro-territorios asignados y priorizando en especial las poblaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adultos mayores solos y/o con cuidadores</li> <li>-Pacientes con enfermedades crónicas</li> <li>-Familias Gestantes</li> <li>-Personas con discapacidad y cuidadores.</li> <li>-Personas con movilidad reducida y/o en situación de vulnerabilidad.</li> <li>-Infancia y primera infancia.</li> </ul> <p>Lo anterior teniendo en cuenta también los reportes realizados a través de las fichas de notificación comunitaria</p>	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia - Bitacora de remision
Realizar informes de seguimiento cuali cuantitativo al plan de acción planteado en cada vereda.	MENSUAL	Actas de reunión y listados de asistencia -

Identificar factores de riesgo en salud mental y brindar información en rutas de atención en violencias, conducta suicida, consumo de SPA, trastornos mentales y epilepsia	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
Explicar a las familias priorizadas (de acuerdo con visita de caracterización del riesgo realizada por la auxiliar de enfermería) la ruta de atención en salud mental y la importancia de la adherencia al tratamiento.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
Caracterizar el riesgo en el entorno hogar de la población con discapacidad.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
Valorar la situación de salud y calidad de vida de las familias y los individuos, especialmente en los aspectos relacionados con la vivienda y su entorno inmediato, así como en la identificación de los aspectos de relaciones y dinámicas sociales del núcleo familiar y su funcionalidad).	MENSUAL	Plan de cuidado y/o listado de asistencia
Identificar necesidades en salud del individuo, la familia y el cuidador primario.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
Formación de los cuidadores implicados en la atención de población en condiciones de vulnerabilidad	MENSUAL	Plan de cuidado
Canalizar a su EPS y prestador primario correspondiente, al individuo, familia y cuidador, para dar continuidad a la atención en salud haciendo un seguimiento periódico de los resultados de esta canalización.	MENSUAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado/Survey
Canalizar a otros sectores y realizar un seguimiento de esta canalización.	MENSUAL	Instrumento de canalizaciones diligenciado/Survey
Orientar y brindar mensajes claves al 100% de las gestantes priorizadas, sobre suplementación con micronutrientes alimentación saludable, RIAS, para promover prácticas de cuidado para la salud. Esta actividad se realizará de forma mensual y llegando oportunamente a los hogares de las gestantes priorizadas.	MENSUAL	Plan de cuidado y canalización
Canalizar inmediatamente a los servicios de salud (urgencias) a los menores identificados con signos clínicos de DNT aguda moderada o severa, o con circunferencia de brazo menor 11,5cm y que no se encuentren en manejo de acuerdo con la Resolución 2350/20. Canalizar a las intervenciones individuales en nutrición de acuerdo con el momento del curso de vida y lo identificado en la caracterización (Valoración en nutrición, Control posparto, Valoración integral de la lactancia materna, suplementación con micronutrientes, educación en alimentación saludable, etc.)	MENSUAL	Plan de cuidados y canalización
Participar en mesas de trabajo intersectoriales y comunitarias para la conformación y fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias de apoyo a salud materna y del RN en caso de urgencia, en las cuales se deberá realizar actividades de educación en salud sobre: 1. Conformación de redes, 2. Intervenciones de la ruta Materno Perinatal con énfasis en la oferta de servicios y derechos de las personas gestantes, 3. Intervenciones	MENSUAL	Actas de reunión, registro fotográfico y listados de asistencia

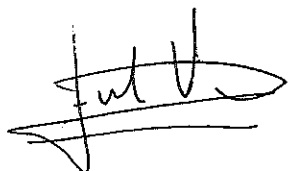
claves. 4. identificación de factores de Riesgos y signos de alarma.		
Informar en Pautas de cuidado y crianza a actores comunitarios (juntas de acción comunal, asociaciones dentro del territorio, ONG, etc.) que prestan servicios a la primera infancia e infancia (CDI, hogares infantiles, jardines infantiles comunitarios, madres sustitutas, hogares del ICBF), en signos de alarma en enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, de acuerdo a los riesgos detectadas.	MENSUAL	Actas de reunión, registro fotografico y listados de asistencia
Informar acerca de la prevención de accidentes en el hogar durante las jornadas de salud, difundiendo los tres mensajes básicos: 1. Cuidado en casa 2. como evitar que se enferme 3. cuando acudir al servicio de salud.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación en derechos sexuales y derechos reproductivos a población general de Adolescentes y jóvenes, Con énfasis en. 1 Vivencia de la sexualidad: Componentes y funciones. 2. Toma de decisiones propias, con énfasis en autonomía sexual y reproductiva, elección de compañeros (as) sexuales, inicio y postergación de relaciones sexuales, y proyecto de vida. 3. anticoncepción, uso de doble protección (Preservativo), e Infecciones de transmisión sexual 4. interrupción voluntaria del embarazo y aborto seguro.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación en derechos sexuales y derechos reproductivos a población general de los cursos de vida Joven, Adulto y Vejez, Con énfasis en. 1 Orientación sexual, 2. Elección de compañeros (as) sexuales, 3. anticoncepción y uso de doble protección (Preservativo), 4. interrupción voluntaria del embarazo y aborto seguro.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación a mujeres adolescentes, jóvenes y adultas en salud menstrual.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación a familias gestantes acerca de los cambios fisiológicos del embarazo y prácticas de cuidado de la gestante (incluyendo actividad física, ejercicios de relajación y preparación para el parto).	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación sobre Toma de decisiones libre e informada en el marco de las Sentencias C-355 y C-055 - IVE, despenalización del aborto hasta semana 24 por cualquier causa y posibilidad de acceso para atención segura en el territorio, incluyendo el derecho a recibir método anticonceptivo posparto o postaborto.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación y asesorar, a familias gestantes y comunidad acerca de la provisión y/o control de método anticonceptivo postparto a mujeres a quienes no se les dio garantía efectiva.	MENSUAL	Plan de cuidado

Educación a la comunidad y familias gestantes acerca de pautas de puericultura y cuidados básicos del RN.	MENSUAL	Plan de cuidado
Educación a familias gestantes y comunidad acerca de los signos de alarma que pudieran requerir consulta por urgencias en las gestantes (signos de alarma específicos para emergencias obstétricas priorizadas: Hemorragia, Preeclampsia, Sepsis) y sus recién nacidos; invitación a conformar redes comunitarias y familiares para establecer ruta de reacción ante la urgencia obstétrica y del recién nacido.	MENSUAL	Plan de cuidado
Apoyar, participar y promocionar el 100% de las jornadas de salud programadas en el territorio, según delegación; y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas.	MENSUAL	Plan de cuidado
Informar a la comunidad, sobre la detección temprana de las alteraciones auditivas y visuales.	MENSUAL	Plan de cuidado
Informar a la comunidad acerca de hábitos higiénicos y corrector lavado de manos.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
Informar a trabajadores informales de unidades de trabajo agrícolas y de sector comercio en sintomatología de intoxicación por plaguicidas.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
Educación al 100% de los promotores de salud del territorio en la técnica de examen de mama.	1 vez por microterritorio	Plan de cuidado
Realizar gestión dentro de la jornada para la canalización efectiva y agendamiento de citas en articulación con la IPS para intervenciones individuales de la RPMS en cada uno de los cursos de vida de acuerdo con los riesgos identificados en la población asistente	MENSUAL	Actas de ejecución
Responder oportunamente a las demás solicitudes del supervisor del contrato	MENSUAL	soportes de ejecución
Realizar la notificación al SIVIGILA de cada uno de los casos de notificación inmediata y/o rutinaria identificados durante el acercamiento a las familias.	Cada que se identifique un caso de notificación inmediata o rutinaria.	Ficha de notificación diligenciada y entregada a la referente de Programa.
Entregar informe cual cuantitativo mensual y final de actividades	MENSUAL	Informe de Actividades con soportes de ejecución durante el mes
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.

Declaro así mismo bajo la gravedad del juramento:

1. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse solo compromete al firmante de esta.
2. Que conozco en su totalidad los estudios, de la E.S.E. HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER y demás documentos del proceso y acepto los requisitos en ellos contenidos.
3. Que he recibido los documentos que integran los estudios previos y acepto su contenido.
4. Que no me hallo incurso(a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y la ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con la HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER, que me comprometo a cumplir totalmente los servicios en el plazo estipulado en los estudios previos.
5. Que acepto las obligaciones del contrato que se llegare a celebrar.
6. Que la propuesta tiene una validez de treinta (30) días calendario.
7. Que el valor de la oferta se encuentra por la suma establecida en la Resolución Número 00001010 del 23 de mayo de 2025 del Ministerio de Salud y la Protección Social.
8. Que anexo soportes y demás documentos requeridos para la celebración del contrato respectivo.

Atentamente,



JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ

**Cedula de ciudadanía:** No 1.070.019.980 Cajicá

**Dirección:** CRA 5 E # 7-72 CAJICA CUNDINAMARCA

**Celular:** 3214821442

**Email:** amayabenitezjessicapaola@gmail.com



## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AMAYA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENITEZ		NOMBRES JESSICA PAOLA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1070019980		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
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 03 MES 11 AÑO 1997			cra 5 e numero 7-72			
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA			DEPTO CUNDINAMARCA
DEPTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CAJICÁ			
MUNICIPIO CAJICÁ			TELÉFONO 8661708		EMAIL amayabenitezjessicaola@gmail.	

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

#### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

#### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	11	2020	1070019980

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)

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

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
INGLES		X			X			X	

5

### EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA S.A.S			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	12	Mes	10	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA		DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS				DIRECCIÓN CALLE 167 72 7 av boyaca							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO CHÍA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3077077		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	18	Mes	05	Año	2021	Día	10	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS MEDICAS				DIRECCIÓN AUTOPISTA 7A - KIM 7 AUTOPISTA NORTE							
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						
		Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	29	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5		DEPENDENCIA ENFERMERA PROFESIONAL				DIRECCIÓN CARRERA 4 - 1 10							

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO ZIPAQUIRÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	20	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA CUIDADOS INTENSIVOS UCI					DIRECCIÓN			

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

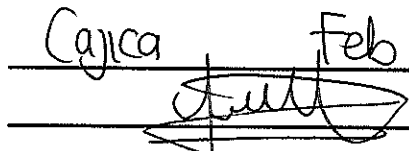
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI    NO    ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento   Cajica     Feb 2026  

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

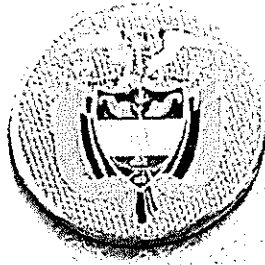
9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

  
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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

# Liceo San Carlos De Cajicá

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según  
 Resolución N° 005511 del 26 de Junio del 2009

Confiere a:

**Jessica Paula Amaya Benítez**

Identificado (a) con LI-N° 97110311277 de Cajicá

El Título de

## Bachiller Académico

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
 Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994 según los  
 planes y programas vigentes



*[Firma]*

Lic. Olga Patricia Zivanovic  
 C.C. N° 20.424.251 de Cajicá  
 Rectora

*[Firma]*

Sandra Gasmán Poveda D.  
 C.C. N° 32.666.825 de Cajicá  
 Secretaria Académica

Anotado al folio N° 06 del libro de Registro N° 02  
 Dado en Cajicá Cundinamarca a los 28 días del mes de Noviembre de 2014

No requiere registro, según Decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994 por el M.E.N.  
 y 2130 del 5 de Diciembre del 1993, de la Presidencia de la República



# Liceo San Carlos De Cajicá

Código Dane: 325126000762

## Acta Individual De Graduación

En el municipio de Cajicá Cundinamarca, a los 28 días del mes de Noviembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **LICEO SAN CARLOS DE CAJICÁ**. Institución aprobada hasta Undécimo Grado en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de **Bachiller** en la modalidad **Académica**, según Resolución de aprobación N° 005511 de 26 de Junio de 2009.

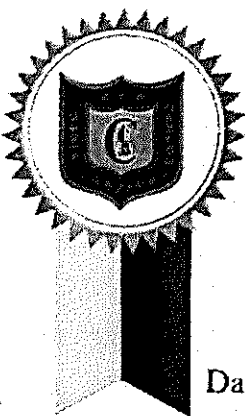
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar **EL TÍTULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación.

### Jessica Paola Amaya Benítez

Identificado(a) con T.I. No: 97110511277 de Cajicá

Es fiel copia del Acta original No. 06 de Noviembre 28 de 2014 que consta de 23 estudiantes que comienzan con el nombre de **Algarra Rodríguez María Camila** y se cierra con el nombre de **Zipaquirá Antolinez Laura Alejandra**

Firmada y Sellada por Lic. Olga Patricia Zipaquirá C. (Rectora) y Sandra Yasmín Poveda P. (Secretaria Académica).



Lic. Olga Patricia Zipaquirá C.  
C.C. 20.424.251 de Cajicá  
Rectora.

Sandra Yasmín Poveda P.  
C.C. 52.666.825 de Cajicá  
Secretaria Académica.

En constancia se firma por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981  
Dado en Cajicá Cundinamarca, a los 28 días del mes de Noviembre del 2014

República de Colombia



Universidad de  
La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes


**Jessica Paola Amaya Benitez**

C.C. 981.070.019.980

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos  
 académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

**Enfermera**

Dada en el Campus del Puerto del Comán en Chia, a los 15 días del mes de Diciembre de 2020.

  
Rector

  
Rectora

  
Secretario General

Presente jurídica otorgada por la  
resolución 130 de Enero 14 de 2020,  
Ministerio de Educación Nacional.

Aprobado al folio 1083 del libro de registro N.º 1.1  
a las 15 días del mes de Diciembre de 2020.

67639

**ACTA DE GRADO No. 2331**

La suscrita Secretaria General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Campus del Puente del Común, municipio de Chia, el día 15 del mes de Diciembre del año 2020 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual **JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ** con cedula de ciudadanía No. 1070019980, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de **ENFERMERA(O)** otorgado por la Universidad de la Sabana con el diploma No. 67639, registrado en el folio 1083 del libro No. 11 de registro de títulos.

La Universidad esta autorizada para conferir este título por resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 9946 de Julio 31 de 2013.

El presidente de la ceremonia, previo el juramento de rigor por parte del graduando, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General así:

**ROLANDO ANDRES RONCANCIO RACHID**  
Rector

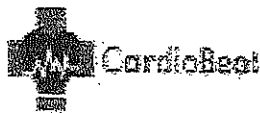
**GLORIA CARVAJAL CARRASCAL**  
Decana de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación

**ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO**  
Secretaria General

Se expide la presente Acta en el Campus del Puente del Común, Municipio de Chia (Colombia), a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020).



**ANGELA MARIA DE VALDENEBRO CAMPO**  
Secretaria General



**CARDIO BEAT SAS**  
**NIT: 901.228.591-1**  
**Carrera 21 No. 6-59 Oficina 310**  
**Celular 300 320 5213**

**CARDIO BEAT S.A.S.**  
**Nit.901.228.591-1**

## **CERTIFICACION**

Yo. **YEISSON DANILO AVILA CORTES**, Representante legal de la entidad **CARDIO BEAT SAS**, con Nit. 901.228.591-1 me permito certificar que la Señora **Jessica Paola Amaya Benítez**, jefe de Enfermería de profesión, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.070.019.980 expedida en la ciudad de Cajicá, Tuvo un primer Contrato de Prestación de Servicios Profesionales del 1 de enero al 30 de abril de 2021 y un segundo Contrato de Prestación de Servicios Profesionales desde el día 01 al 20 de mayo de 2021 fecha, desempeñando una buena labor

La presente se expide a los quince (15) días del mes de septiembre de Dos Mil Veintiún (2.021)

Atentamente,

  
**YEISSON DANILO AVILA CORTES**  
Gerente  
Cardio Beat S.A.S



**LA SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO HUMANO  
DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
NIT 832.003.167-3**

**CERTIFICA**

Que **JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ** identificada con **C.C. 1.070.019.980** estuvo vinculada en nuestra Institución desde el 18 de mayo de 2021 hasta el 10 de octubre de 2023, con un contrato a término indefinido, desempeñándose como **ENFERMERO JEFE**, con una dedicación laboral de 235 horas mensuales, lo que equivale a tiempo completo y un salario mensual por valor de **TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE (\$3.230.900)**.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los diez (10) días del mes de octubre de 2023.

Atentamente,

**LEIDY PAOLA CAINA ORJUELA**  
**JEFE DE CONTRATACION Y COMPENSACION**



Administradora Clínica La Colina S.A.S.  
NIT: 900582598-3

Hace constar que

JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ, identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1.070.019.980, trabaja en nuestra compañía desde el 12 de Octubre de 2023, devenga un salario fijo mensual de Cuatro Millones Setecientos Treinta y Seis Mil Ochocientos Treinta y Siete Peso \$4.736.837 más un promedio variable de los últimos 6 meses de Un Millon Novecientos Setenta y Cuatro Mil Trescientos Setenta Pesos \$1.974.370.

Su contrato es a término Indefinido.

En la actualidad se desempeña en el cargo de ENFERMERA (O) JEFE.

Esta constancia se expide a solicitud del(la) interesado(a), en la ciudad de Bogotá, el 09 de Febrero de 2026. Para validación del certificado puede comunicarse a los números 3905099 Ext 2925.

MARIA CAROLINA CUBIDES MARTINEZ  
GERENTE PERSONAS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

Numero: 1.070.019.980

AMAYA BENITEZ

Apellido: JESSICA PAOLA

Nombre:





FECHA DE NACIMIENTO: 03 NOV 1997

LUGAR DE NACIMIENTO: TAPIA (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO: 1.64 04 F

ESTATURA: 1.64 G.S. RH: 04 SEXO: F

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: 10 NOV 2015 BUENA VISTA

SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACION



1.070.019.980 00473



GOBIERNO DE COLOMBIA



La salud es de todos



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ

C.C. 1.070.019.980

Universidad De La Sabana

Chia

Fecha de Expedición Diploma: 15/12/2020

Fecha de Inscripción en Régimen: 12/02/2021



41768

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.



## TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

### Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, JESSICA PAOLA AMAYA BENÍTEZ, con CC No. 1070019980, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 16 de febrero de 2026.

Atentamente

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**

Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:



# Certificación Bancaria

Martes, 17 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ identificado(a) con CC 1070019980, 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	64900011634	2018-12-21	ACTIVO	*****

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

**Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@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) JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1070019980, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260217	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.026

**Observaciones:**

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 31603505

Vigilado Supr Jud

Vigilado Supersubsidio

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1070019980**, se encuentra afiliado/a desde **21/01/2021** 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 09 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.



¿Dónde estoy? Inicio | Usuarios registrados

▶ **Consulte su estado RUT.**  
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	1070019980		DV	2
Primer Apellido	AMAYA	Segundo Apellido	BENITEZ	
Primer Nombre	JESSICA	Otros Nombres	PAOLA	
Fecha Actual	16-02-2026 08:07:58			
Estado	REGISTRO ACTIVO			

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.



¡Operación exitosa!



Buscar



Limpiar



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Jessica Paola Amaya Benitez identificado con CC. 1070019980 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/02/23	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/02/23
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/04/22
<b>Riesgo</b>	3	<b>Código actividad económica</b>	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
<b>Estado afiliación</b>	Activa		
<b>Fecha retiro</b>	2026/04/22	<b>Estado del contrato</b>	Inactiva

Esta certificación se expide a los 19 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: **CC19022026N1070019980A9924626**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**

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





Función Pública

Aplicativo por la  
Integridad pública



Inicio [Declaración de Ley 2013 de 2019](#) [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Politicamente - PEP\)](#) [Opciones de usuario](#)

## Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)

[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Politicamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

### Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

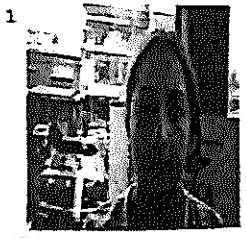
Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	3689622-01 Declaración Inicial	HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER	CONTRATISTA	INGRESO	2026-02-16 15:46		INICIAL
	2648518-01 Declaración Inicial	HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER	CONTRATISTA	INGRESO	2025-04-22 20:22	2025-04-22 20:35	FINALIZADO

691360 193801

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**  
CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448  
Dirección CL 4 NO. 3A-05  
Telefono 8660839/8830139  
eMail



Paciente: JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ Género FEMENINO  
Identificación CC 1070019980 Fecha de Nacimiento 03/11/1997 Edad Actual 27 A  
Dirección ZIPAQUIRA CENTRO Telefono 3214821442  
Aseguradora SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR Fecha Ingreso 20/10/25 15:51

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE**

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
20/10/2025	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingreso	
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara		Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró	
SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR		SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR	
Cargo		Area o Sede	
ENFERMERA JEFE		ENFERMERA JEFE	

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

**CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)**

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

**CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES**

\* AUMENTO DE PESO CORPORAL QUE NO INTERFIERE CON SU LABOR, SE RECOMIENDA DIETA Y EJERCICIO, REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR\* ALTERACIÓN ENDOCRINA QUE NO INTERFIERE PARA REALIZAR SU LABOR, ACTUALMENTE ASINTOMÁTICA Y SIN COMPLICACIONES, SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES Y TRATAMIENTO POR EPS

**REQUISITOS DE SALUD**

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiógrama o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

X Examen Médico	Examen Radiológico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
Optometría		NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
Exámen Psicosenométrico	Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclinicos
Otro? Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
		Amplie su conducta
		EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

691360 193801

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**  
CEMEDICA S.A.S

2



NIT 8320054448  
Dirección CL 4 NO. 3A-05  
Telefono 8660839/8830139  
eMail



**RECOMENDACIONES**


<input checked="" type="checkbox"/> Exámen Ocupacional Anual	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural	<input checked="" type="checkbox"/> Uso de elementos de protección personal	<input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas
Reingreso laboral	Reubicación	Rehabilitación profesional	
Otro? Cual?			

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(los) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1015 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 párrafo del Artículo 10 - Minprotección)

  
CAROLINA MARTINEZ VIDAL  
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
CC. 52.997.233  
REGISTRO MEDICO: 52997233  
LIC. SALUD OCUPACIONAL: 8476 / 22



**MEDICO**

Firma \_\_\_\_\_

CAROLINA MARTINEZ VIDAL

Registro Médico  
RM 52997233

Licencia salud ocupacional  
LSO 8476/22

**Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR**

JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ

Documento de identidad  
CC 1070019980

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL



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 lunes 09 de febrero de 2026, a las 17:04:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía ✓
No. Identificación	1070019980
Código de Verificación	1070019980260209170426

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. 291401072**



PIB  
18:45:58  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 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) JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070019980:

**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.**

División de Relacionamento con el Ciudadano.  
Línea gratuita 018000910315  
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.  
[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:41:48 PM horas del 09/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1070019980

Apellidos y Nombres: **AMAYA BENITEZ JESSICA PAOLA**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/02/2026 05:25:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1070019980** y Nombre: **JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ.**

### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **134486707** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

515 9000

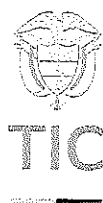


Dios y  
Patria

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA



**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 1070019980 **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 16/02/2026 08:36 AM



Código Verificación: DRJSQL81WE

Válida hasta: 17/05/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 17:30:05 horas del 09/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1070019980**,  
Apellidos y Nombres **AMAYA BENITEZ JESSICA PAOLA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL DE CAJICA**, con NIT **832002436-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

CC 1070019980 JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ Vigente Ver

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) JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ identificado(a) con CC 1070019980 registra la siguiente información:

2026-02-16--8:13:57 AM

Información Académica

[Redacted]

UNV Local ENFERMERIA 2021-02-12 1070019980 ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

[Redacted]

Exonerado del SSO Local COLOMBIA|NO APLICABLE| 1900-01-01 1900-01-01 Sin Modalidad Enfermería ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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 acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encuentran 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 de Talento Humano en Salud (ReTHHS).



Educación



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

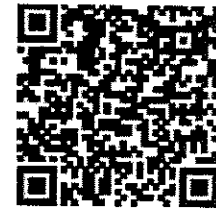
## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: Jessica Paola Amaya Benítez CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca

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



Verificación:

Fecha de emisión: 2022-09-27

Fecha de vencimiento: 2024-09-27



FUNDACION NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad

de su certificado en la página

www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.com.co

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

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3206  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

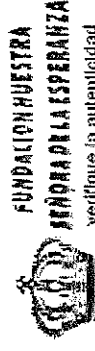
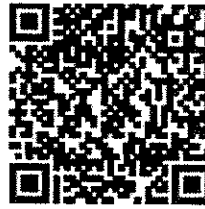
# Hace Constar que: Jessica Paola Amaya Benítez CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca

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

Fecha de emisión: 2025-10-08

Fecha de vencimiento: 2027-10-08

Verificación:



verifique la autenticidad de su certificado en la página

www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
EP 3206  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación



FUNDACIÓN MUESTRA SEMEJA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

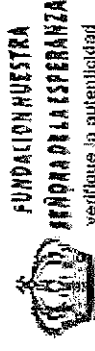
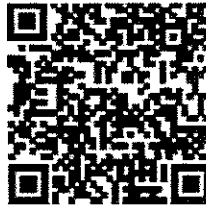
# Hace Constar que: *Jessica Paola Amaya Benítez* CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS)  
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-30

Fecha de vencimiento: 2025-09-30

Verificación:



FUNDACIÓN NUESTRA  
SEMBRADORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
www.fundacionnuestraenlasesperanza.com.co

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

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP 3206  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Ministerio de  
**Educación**

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: **Jessica Paola Amaya Benítez** **CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca**

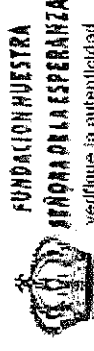
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-09-30

Fecha de vencimiento: 2027-09-30



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co](http://www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co)

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP. 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Hace Constar que: **Jessica Paola Amaya Benítez** **CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca**

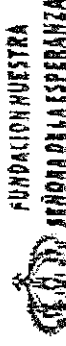
Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-04

Fecha de vencimiento: 2027-10-04



FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co](http://www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co)

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

DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP.3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

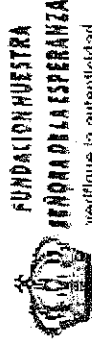
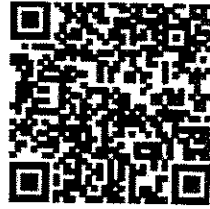
# Hace Constar que: **Jessica Paola Amaya Benítez** **CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca**

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019, con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-06

Fecha de vencimiento: 2027-10-06

Verificación:



verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co](http://www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co)

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

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
CP. 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Educación

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT: 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

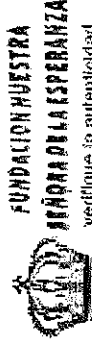
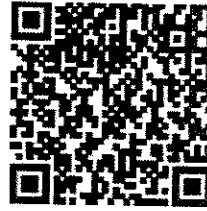
# Hace Constar que: **Jessica Paola Amaya Benítez** **CC 1070019980 de Cajicá - Cundinamarca**

Realizó y aprobó el Curso de Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2025-10-02

Fecha de vencimiento: 2027-10-02

Verificación:



verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO

Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO

Jefe de Enfermería  
NE 3206  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



MinSalud

Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jessica Paola

Apellidos:

Amaya Benitez

Documento  
de identidad:

C.C.  T.I.  Pasaporte

No. 1.070.019.980

Fecha de  
Nacimiento:

Día 03 Mes 11 Año 1997.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	4 Abril 2011	012NE016 Serum ±	Andrea S. [Signature]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	12 Abril 13	0241200	Andrea S. [Signature]
	2	22 May 13	0241308	Andrea S. [Signature]
	3	01 Jun 14	Serum	Andrea S. [Signature]
	4	25 Ago 14	0241015	Andrea S. [Signature]
	5	19 Mayo 16	D222 HPJC	Andrea S. [Signature]
Contra Hepatitis B	1	19 Marzo 2016	L=1434021	J. Rinco
	2	21 Abril 2016	L=143402	J. Rinco
	3	26 Junio 2016	L=143402	J. Rinco
	R	11 SEP 2017	143402	J. Rinco
mple vial: Abril 22/2016 S-I MO15M 4052				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	14	enero 2013	HPIC (Alonzo) Sanofi P x 20 Años	Alfonso Sanjurjo Barera 2819 JUN 27/2003
Contra Influenza	25	Sept 2014	Sanofi 4017	Rodrigo
Virus de Papiloma Humano	1.	9 Nov 2013	J007041 HPIC	Alfonso Sanjurjo Barera
	2.	04 Feb 2014	J007041 HPIC	Alfonso Sanjurjo Barera
	3.	10 Abril 2014	J007041 HPIC	Alfonso Sanjurjo Barera
Neumococo	4	Abril 2011	5552-4 Schering	Alfonso Sanjurjo Barera
DPTA		15 octubre 2014	LAC378137	Alfonso Sanjurjo Barera
Influenza AH1N1	30	JUN 2006	HPIC	Alfonso Sanjurjo Barera

# idime



14-E14-105575

Página N° : 1  
Fecha ingreso : 06/09/2017 08:32:38 AM  
Fecha impresion : 19/09/2017 12:01:58 PM

No. de Orden : E14-105575  
Paciente : AMAYA BENITEZ JESSICA PAOLA  
Documento Id : 1070019980  
Empresa : PARTICULAR  
Sede : ZIPAQUIRA

No. Interno : E14-105575  
Edad : 19 a 10 m 16 d  
Teléfono : 3214821442  
E-Mail :  
No. Autoriza:

VZG\*\*

Examen	Resultado	Unidades	ZAMBLA	Valores de referencia
--------	-----------	----------	--------	-----------------------

**VARICELA ZÓSTER AC IG G**

**VARICELA ZÓSTER AC IG G**

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLÍNICA.

VALORES DE REFERENCIA:

Negativo: Menor de 9

Dudoso: 9 - 11

Positivo: Mayor a 11

MICROELISAS

17.7

0 -

0

Técnica: MICROELISA

Validó: Reg 1122402633 DANYS BONTILLA BOLA

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

NT. 860.009.578-6

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSA	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027434	0
TOMADOR	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
ASEGURADO	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

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 IMPEDIMIENTO 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, ( ) NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO EL TRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

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

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES 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, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUA.

- N , OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

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

CIUDAD DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.	SUCURSAL BOGOTA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 11-03-101027434	ANEXO No. 0
TOMADOR JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	DIRECCION CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980	TELEFONO 3214821442
ASEGURADO JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	DIRECCION CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980	TELEFONO 3214821442
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	

FECHA DE EXPEDICION (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
08 / 10 / 2025	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 07 / 10 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 07 / 10 / 2026	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) 07 / 10 / 2025	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) 07 / 10 / 2026

ERMEDIARIO GRUPO INVERHUMANA SEGUROS LTDA	CLAVE 205141	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CERIDO	% PARTICIPACION
--	-----------------	---------------------------	----------	------------------	-----------------

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 50,000,000.00 \$ 50,000,000.00		\$ 10,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 5,000,000.0

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****50,000,000.00	PRIMA:	\$ *****91,853.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****17,452.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****109,305.00

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

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

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

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 23.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11000630688020 (3900) 000000109305 (96) 20251121

REFERENCIA  
PAGO:  
1100063068802-0

*[Handwritten Signature]*

11-03-101027434

SERGIO ASIABATTO

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TCR/ACCF

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 80, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

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

CUIDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL BOGOTÁ	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	PÓLIZA No. 11-03-101027434	ANEXO No. 0
TOMADOR JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ		CIUDAD ZIAPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980	TELEFONO 3214821442
DIRECCIÓN CL 6 NRO. 20 - 33		CIUDAD ZIAPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980	TELEFONO 3214821442
ASEGURADO JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ				
DIRECCIÓN CL 6 NRO. 20 - 33				
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICIÓN (d-m-a) 08 / 10 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 10 / 2025		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 07 / 10 / 2026	
CORREMEDIO GRUPO INVERHUMANA SEGUROS LTDA		CLAVE 205141	% PARTICIPACIÓN 100.00	COMPañIA COASEGURO CEDIDO
CLIENTE				% PARTICIPACIÓN

**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)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

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

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

PAGINA Web

**CORRESPONSABLES BANCARIOS**

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

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****50,000,000.00	PRIMA:	\$ *****91,853.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****17,452.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****109,305.00

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

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

CARRERA 13 NO 96-60/74, 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. D081, 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:  
1100063068802-0

(415)7709998021167(8020)11000630688020(3900)00000109305(96)20251121

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

NIT. 860.009.578-6

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027434	0
TOMADOR	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
ASEGURADO	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

TOMADOR: JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ C.C. 1.070.019.980  
 ASEGURADO: JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ C.C. 1.070.019.980  
 BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY  
 UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO  
 VIGENCIA: 07/10/2025 AL 07/10/2026  
 ESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN A INFORMACION SUMINISTRADA  
 BASE DE COBERTURA: .OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO 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 ASEGURADA: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL  
 LIMITE ASEGURADO: \$ 50.000.000

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. SE EXCLUYE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$ 109.305

**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 SF ESTADO 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.

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

**1.2. GASTOS DE DEFENSA**

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

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

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

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

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

**2. EXTENSIONES DE COBERTURA**

CON SUJECCION 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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

NIT. 860.009.578-6

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027434	0
TOMADOR	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ		
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980
ASEGURADO	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ		TELEFONO 3214821442
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	CC 1.070.019.980
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		TELEFONO 3214821442
		NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

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 OBTENIENDO, 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:

\$ 5.000.000  
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 \$ 50.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: \$ 50.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAM I E NT OS DE LA SALUD: \$ 50.000.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$ 5.000.000

VIGILANCIA \$ 10.000.000

DEDUCCIONES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLLV

**EXCLUSIONES**

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

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO 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.

SERGIO ASIABATTO



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

NTT.860.009.578-6

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027434	0
TOMADOR	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
ASEGURADO	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ	CC	1.070.019.980
DIRECCION	CL 6 NRO. 20 - 33	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA
		TELEFONO	3214821442
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NTT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

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 (LITAN 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 APLICAR 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. LA 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, SEGURO ESTADO 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. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y 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.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIO No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101027434	0
TOMADOR	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ		CC 1.070.019.980
DIRECCION	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3214821442
ASEGURADO	JESSICA PAOLA AMAYA BENITEZ		CC 1.070.019.980
DIRECCION	CIUDAD	ZIPAQUIRA, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3214821442
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER EMPRESA, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVIENGAN 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 ESPECIFICACIONES 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 EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

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

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

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

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURO 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 ACUDIENES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

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

SERGIO ASIABATTO

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

**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 COMO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL 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 **JESSICA PAOLA AMAYA BENÍTEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.070.019.980 de Cajica, 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 en Enfermería.

Especialización en: No aplica.

Experiencia: Experiencia de tres (3) meses relacionada con el objeto contractual.

**VERIFICACIÓN:**

Educación: Enfermería.

Formación Académica: Profesional.

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

Que verificada la idoneidad de **JESSICA PAOLA AMAYA BENÍTEZ**, 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 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 MARTÍNEZ URZOLA**  
GERENTE

Proyectó: Diana Perneth Oviedo – Profesional Universitario.

Revisó: Diana Rocío Oviedo Calderón