



**FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA
CONTRATACIÓN**

Código:FO-AA-510-07

Fecha: 18-07-2024

Versión: 06

Página 1 de 2

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela Arizaba R

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: 10538106 N

CARGO: Odontóloga

FECHA DE INGRESO:

SUPERVISOR: Carlos A Narvaez

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

<i>Ultima planilla de pago de aportes a seguridad social como Independiente</i>	✓		
<i>Certificados de afiliación a seguridad social como independiente (EPS – AFP)</i>	✓		
<i>Examen médico laboral de Ingreso</i>			
<i>Vacuna Influenza Anual</i>	✓		
<i>Covid-19 3 dosis</i>	✓		
<i>Hepatitis mínima una dosis</i>	✓		
<i>Tétano</i>	✓		

ANEXO				
CERTIFICADOS OBLIGATORIOS VIGENTES PARA PERSONAL ASISTENCIAL	SI	NO	NO APLICA	FECHA VENCIMIENTO
<i>Verificación de título (RETHUS)</i>	✓			
<i>Certificado soporte vital básico y/o avanzado</i>	✓			
<i>Certificado atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual</i>	✓			
<i>Certificado atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos</i>	✓			
<i>Certificado gestión del duelo</i>	✓			
<i>Certificado toma de muestras sanguíneas</i>				
<i>Certificado de administración de inmunobiológicos</i>				
<i>Certificado vigente evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud (médicos)</i>				
<i>Certificado protección radiológica (personal de radiología)</i>	✓			
<i>Certificado manejo defensivo de seguridad vial (conductores)</i>				
<i>Certificado manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)</i>				

Vo. Bo. Área Jurídica

Villamaría, Caldas 08 febrero de 2026

Señor

JAIME ENRIQUE ACOSTA DÍAZ

Gerente

E S.E. Hospital Departamental San Antonio de Villamaría

gerencia@hospital-sanantonio-villamaria.gov.co

Villamaría, Caldas

ASUNTO: PRESENTACION DE PROPUESTA PARA CONTRATAR

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

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

ESPECIFICACIONES DEL SERVICIOS A PRESTAR

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

.CARACTERISTICAS CON LAS CUALES CUMPLO:

ODONTOLOGO

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA QUE REALIZARE	<ol style="list-style-type: none">1. Apoyar temporal, independiente y sin subordinación la ejecución de los procesos asistenciales como odontólogo en la E.S.E.2. Apoyar temporal, independiente y sin subordinación la ejecución de los procedimientos asistenciales como odontólogo por la E.S.E3. Desde su perfil como odontólogo apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión general de la entidad enfocada a la venta y cobro de los servicios de salud prestados por la entidad.4. Desde su perfil como odontólogo apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión general de la entidad enfocada en cumplir las obligaciones pactadas por la ESE con las entidades administradoras de planes de beneficios del Sistema general de Seguridad social en Salud y/o obligadas por los entes de control.5. Desde su perfil como odontólogo Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la gestión requerida por la ESE para la dar cumplimiento al Sistema de garantía de Calidad en Salud6. Desde su perfil como odontólogo Apoyar las actividades y tareas relacionadas con la coordinación del área de odontología
VALOR TOTAL PROPUESTA	EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO ES LA SUMA DE DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE (2.420.000)
FORMA DE PAGO CON LA CUAL ESTOY DE ACUERDO	EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILAMARIA- E.S.E., CANCELARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO LA SIGUIENTE MANERA: EN DOS PAGOS PARCIALES CADA UNO POR VALOR DE UN (01) pago TOTAL, mes vencido, UN PRIMER PAGO POR DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE (2.420.000) Y LOS CUALES SERAN PAGADEROS

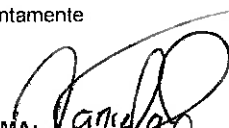
	AL FINALIZAR CADA MES Y/O DENTRO DE LOS PRIMEROS DIAS DEL MES SIGUIENTE PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA DE ACUERDO AL SERVICIO SOLICITADO POR EL HOSPITAL (DEBIDO AL FLUJO DE RECURSOS ECONÓMICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS EN LA ESE) Y PREVIA CERTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL SUPERVISOR ASIGNADO PARA TAL FIN Y ACREDITAR QUE SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO CON SEGURIDAD SOCIAL Y PAGO DE APORTES PARAFISCALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 . A LA CUENTA SE LE HARÁN LOS DESCUENTOS DE LEY Y EL VALOR NETO OBTENIDO SE PAGARÁ PREVIO A LOS TRÁMITES ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
PLAZO - DURACION	DESDE EL ACTA DE INICIO Y HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026.
DOCUMENTOS QUE PRESENTO CON LA PROPUESTA	<p>CAPACIDAD JURIDICA:</p> <p>PARA EL PRESENTE PROCESO CONTRACTUAL SE EXIGE QUE EL CONTRATISTA CUMPLA CON LOS REQUISITOS HABILITANTES DEL OFERENTE PARA PARTICIPAR EN UN PROCESO DE CONTRATACIÓN REFERIDOS A SU CAPACIDAD JURÍDICA, TÉCNICA, ECONÓMICA, ASÍ:</p> <p>A. CAPACIDAD JURÍDICA:</p> <p>La trabajadora, deberá acreditar como mínimo los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formato único de hoja de vida del departamento administrativo de la función pública. 2. Copia de cedula. 3. Copia del diploma y/o Acta de Grado. 4. Declaración juramentada de bienes y renta en el formato del departamento administrativo de la función pública. 5. Certificado de antecedentes disciplinarios de la PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION, vigente al momento de la suscripción del contrato. 6. Certificado de antecedentes fiscales de la CONTRALORIA GENERAL DE LA NACIÓN, vigente al momento de la suscripción del contrato. 7. Antecedentes judiciales de la POLICIA NACIONAL, vigente al momento de presentar la suscripción del contrato. 8. Certificado de medidas correctivas 9. Registro Único tributario (RUT) copia. <p>B. CAPACIDAD ECONÓMICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PROPUESTA ECONÓMICA IMPRESA Y EN MEDIO MAGNÉTICO DONDE SE DETERMINE, ÍTEM, DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO, PRESENTACIÓN, UNIDAD DE MEDIDA, CANTIDAD, VALOR UNITARIO, VALOR TOTAL. "DEBE SER IGUAL A LA COTIZACIÓN PRESENTADA " <p>C. CAPACIDAD TÉCNICA: TITULOS OBTENIDOS</p>

Atentamente

FIRMA:

NOMBRE:

CEDULA:


 Daniela Arizabal
 1053810675

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:23.03 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1053810615**,
Apellidos y Nombres **ARISTIZABAL RIVERA DANIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Ese Hospital San Antonio Villamaria**, con NIT **890801944-4** 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>



FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Aristizabal		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rivera		NOMBRES Daniela	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1053810615			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <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 11 MES 03 AÑO 1991			CALLE 7 - 10 10 Edificio Villa Helena Apto 202		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO CALDAS	
DEPTO CALDAS			MUNICIPIO VILLAMARÍA		
MUNICIPIO MANIZALES			TELÉFONO 000000	EMAIL daniaristi5@hotmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	12	2015	1053810615

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA CALDAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO VILLAMARIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8770011			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2017	Día		Mes	Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA			DEPENDENCIA A NIVEL NACIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 6 - 5 68						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO INMEDENT LTDA CALDAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8877501			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	01	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL # 4107 PRESTACION DE SERVICIOS			DEPENDENCIA ADMINISTRACION EN SALUD					DIRECCIÓN AVENIDA - 65A 2						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL -LETICIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO TARAPACÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5927826			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	14	Mes	01	Año	2016	Día	14	Mes	04	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA			DEPENDENCIA A NIVEL MUNDIAL					DIRECCIÓN CARRERA 10 - 13 78 Avenida Vasquez cobo						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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	8	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	14

6

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

Villadaria, Bolívar 08-07-2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIELA		ARISTIZABAL	RIVERA

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$36.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$36.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES	\$18.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO LIBRE INVERSION	\$15.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CRISTIAN	CAMILO	GONZALEZ	TREJOS

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

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


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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Configuración Entidad Estatal/Proveedor

- Inicio de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponibles)
- Búsqueda de documentos
- Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad 

Nombre de la entidad **Caribe Antioqueño Rivera**

Nombre de usuario **Daniela Aristizabal Rivera**

Fecha de creación **14/12/2019 10:02:40 AM**

País de origen **COLOMBIA**

Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía**

Número de documento **1053819815**

Tipo Entidad Estatal / Proveedor **Persona Natural colombiana**

Código UHSRSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de usuario



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287583135



PIB
12:26:55
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIELA ARISTIZABAL RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053810615:

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 3c. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relaciónamiento 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 Relaciónamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso.1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduna.gov.co



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 05 de enero de 2026, a las 12:27:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053810615
Código de Verificación	1053810615260105122757

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:29:03 PM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1053810615**

Apellidos y Nombres: **ARISTIZABAL RIVERA DANIELA**

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.arac-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.arac-atc@policia.gov.co)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/01/2026 12:29:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1053810615** y Nombre: **DANIELA ARISTIZABAL RIVERA.**

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. **131731308** . 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.



**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 1053810615 **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 05/01/2026 12:31 PM



Código Verificación: 8XAUB4H76D

Válida hasta: 05/04/2026

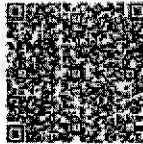
Dirección de Gobierno Digital

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

3. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14713942648



14713942648

5. Número de identificación Tributaria (NIT) **1 0 5 3 8 1 0 6 1 5** 6. DV **9** 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Manizales **1 0** 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de identificación **1 0 5 3 8 1 0 6 1 5** 27. Fecha expedición **2 0 0 9 0 5 1 9**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Caldas** 30. Ciudad/Municipio **Manizales** 31. Códigos **0 0 1**

31. Primer apellido **ARISTIZABAL** 32. Segundo apellido **RIVERA** 33. Primer nombre **DANIÉLA** 34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Caldas** 40. Ciudad/Municipio **Manizales** 41. Códigos **0 0 1**

41. Dirección principal **CL 7 10 10 AP 202**

42. Correo electrónico **daniaristi5@hotmail.com**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 1 0 5 4 6 0 8 2 9** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

46. Código **8 8 2 2** 47. Fecha inicio actividad **2 0 1 6 0 4 1 1** 48. Código 49. Fecha inicio actividad 50. Código **1 2** 51. Código 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **2 0**

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexo SI NO 60. No. de Folios 61. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar sancionatoria o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1025 de 2010

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que se DIAN realice

Firma autorizada:

964 Nombre

965 Cargo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.810.615**
ARISTIZABAL RIVERA

APELLIDOS
DANIELA

NOMBRES

Daniela Aristizabal R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1991**
MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

B-

G.S. RH

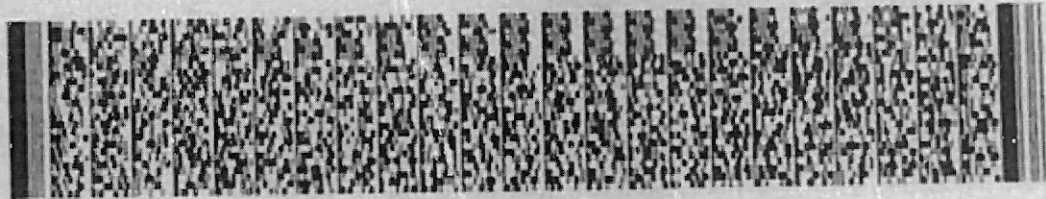
F

SEXO

19-MAY-2009 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Yacia
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACIA



A 6000100-00870715-F-1053810615-20161213

0052549090A 1

1724151266



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

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

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

Cédula de Ciudadanía: 1.053.810.615
Fecha de Expedición: 19 DE MAYO DE 2009
Lugar de Expedición: MANIZALES - CALDAS
A nombre de: DANIELA ARISTIZABAL RIVERA
Estado: VIGENTE

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

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 04 de Febrero de 2026

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

Expedida el 5 de enero de 2026

EDISON QUIÑONES SILVA

Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

República de Colombia



Departamento de Caldas

y en su nombre

El Colegio
"Nuestra Señora del Rosario"

Mamiales - Caldas

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 02850 del 9 de Septiembre de 2001.

Confiere a:

Daniela Aristizábal Rivera

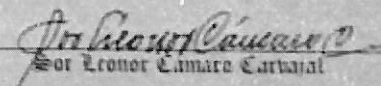
Identificada con C. de B. No. 910311 - 52599 de Mamiales - Caldas

El Título de:

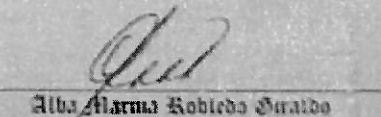
Bachiller Académico

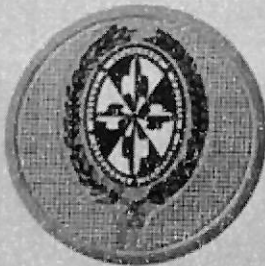
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Académica, según los planes
y programas vigentes.

Rectora,


Leonor Camacho Carvajal

Secretaria,


Alba Marina Robledo Estrada



Dado en Mamiales (Caldas), a 1 día del mes de Diciembre del año 2007

En nombre de la
REPÚBLICA DE COLOMBIA



Y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

Resolución No. 1349 de febrero 23 de 1983 y No. 3270 de junio 23 de 1993

Confiere a

Daniela Aristizábal Rivera

C.C. 1.053.810.675

El título de

Odontóloga

En testimonio de ello se expide y firma el presente Diploma en la ciudad de
Manizales a las 18 días del mes de Diciembre de 2015

RECTOR

DIRECTOR ACADÉMICO

DECANO FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

Registrado al folio 77 del libro de registros No. 15 Manizales a 18 de Diciembre de 2015




REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

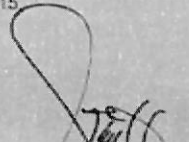


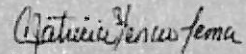
Con Personería Jurídica reconocida mediante Resolución No. 1548 del 25 de Febrero de 1981, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

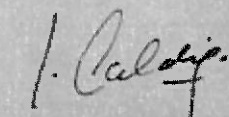
ACTA DE GRADO No. 12342
 SESIÓN DE GRADO No. 963
 PROGRAMA: ODONTOLOGÍA
 FECHA: DICIEMBRE 18 DE 2015

En ceremonia presidida por el Rector de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES Dr. Gabriel Cadena Gómez y con la presencia del Director Académico Dr. Iván Escobar Escobar de Decano de la Facultad Dra. Claudia Patricia Henao Lema, del Secretario General Dr. Lorenzo O. Calderón Jaramillo; la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 03276 del 25 de Junio de 1993, confirió el título de ODONTÓLOGA a DANIELA ARISTIZABAL RIVERA identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1053810615, por haber cumplido con todos los requisitos legales y reglamentarios, haber acreditado el título de Bachiller, y por haber aprobado el plan de estudios del programa, de conformidad con lo previsto en la Resolución No. 153 de Diciembre 11 de 2015 proferida por la Decanatura y previo juramento en que el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución, las leyes de la República y los deberes y obligaciones que le impone su profesión de ODONTÓLOGA y como egresado(a) de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES. Un ejemplar de la presente acta se le entregará al nuevo profesional con sus firmas respectivas. Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 18 de Diciembre de 2015.


 Rector


 Director Académico


 Decano


 Secretario General

Registrado en el Folio No. 77 del Libro de Egresados No. 15



Alcaldía de Manizales
Secretaría de Salud Pública

CERTIFICAN QUE:

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

CC: 1.053.810.818

Asistió a: REUNIÓN ACADÉMICA COMITÉ LOCAL DE SALUD ORAL
Realizado en: UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
Durante el(los) día(s): 7 DE OCTUBRE DE 2017
Intensidad horaria: *

HECTOR WILLIAM RESTREPO OBORIO
Secretaría de Despacho
Secretaría de Salud Pública

Manizales | Secretaría de Salud



Alcaldía de Manizales
Secretaría de Salud Pública

CERTIFICAN QUE:

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

CC: 1.053.810.818

Asistió a: DIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL
Realizado en: AUDITORIO FUNDADORES UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
Durante el(los) día(s): 3 DE DICIEMBRE DE 2018
Intensidad horaria: *

DIANA PATRICIA GRISALES GONZALEZ
Secretaría de Despacho
SECRETARÍA DE SALUD

Manizales | Secretaría de Salud

LA OFICINA DE PLANEACION, TALENTO
HUMANO Y CONTROL INTERNO

CERTIFICA QUE:

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

PARTICIPÓ EN EL TALLER EDUCATIVO SOBRE EL MODELO
INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION

mipg

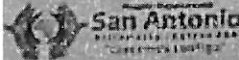
modelo integrado
de planeacion
y gestion



Esteban Alvarez Benjumea
Esteban Alvarez Benjumea
Capacitador



Guillermo Nizate Zuluaga
Gerente Titular



POSITIVA
CORPORACION

Certifica a:

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA
C.C. 1 053 810 615

De la empresa:

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO
Con N° No. 890 801 944

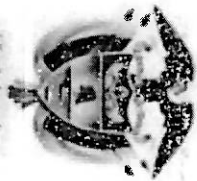
Participó en :

CAPACITACION DE PRIMEROS AUXILIOS BASICOS

Llevado a cabo el día 28 de julio del 2022
Con una intensidad de 4 horas

Claudia Janeth Cortes J

CLAUDIA JANETH CORTES J
Administradora de Riesgos



LIBERTAD Y JUSTICIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

Con Cédula de Ciudadanía No. 1053810812

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

con una duración de 48 horas

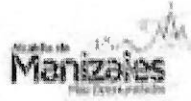
En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veintinueve (29) días del mes de septiembre de dos mil veintiseis (2023)

Firmado Digitalmente por

DORYS ESTHER DEL TORO RUIZ
Subdirectora (E)
CENTRO NACIONAL COLOMBIANO ALBAANI
REGIONAL ATLANTICO

93082350 - 25/09/2023
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://centrosnacional.sena.edu.co>, bajo el número 920700282041147.1053810613C.



Secretaría de
Salud



Universidad Autónoma de Manizales

Resolución de la Comisión de Asesoría con Funciones Académicas No. 1149 del 25 de febrero de 1992 expedida por el Rector de la Universidad de Caldas, Manizales

Certifica que

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

cc. 1053810615

Asistió a

Curso en **"Entrenamiento: Paradigma Actual de la Caries Dental (Diagnóstico y Manejo ICDAS)"**

con una duración de 60 Horas.

CATALINA GARIAN LUDUE
COORDINADORA EDUCACIÓN CONTINUADA

Manizales, 18 de diciembre de 2018

**Atención
integral**
a las víctimas de
violencia sexual



Oficina de Admisiones y Registro Académico



Certifica que:

Daniela Aristizábal Rivera

Con documento de identificación número 1053810615

Participó del Curso Virtual en "Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual", auspiciado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, con el apoyo de Telesalud - Universidad de Caldas, entre el 05 de septiembre y el 16 de octubre con una intensidad de 58 horas, con una calificación de APROBADO.

Paola María Rodríguez López
Jefe de Oficina de Admisiones y Registro Académico
Universidad de Caldas

Claudia Patricia Acosta Ángel
Decana
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas



**Atención
integral**
a las víctimas de
violencia sexual



Oficina de Admisiones y Registro Académico



Certifica que:

Daniela Aristizabal Rivera

Con documento de identificación número 1053810615

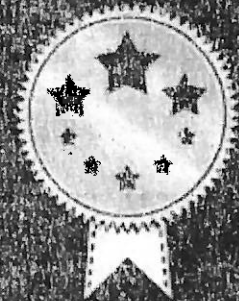
Participó en el Diplomado Virtual en "Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual" ofertado por la Universidad de Caldas y la Facultad de Ciencias para la Salud - Telesalud, entre el 03 de abril y el 10 de junio del 2021, con una intensidad de 122 horas y con una calificación de APROBADO.

Paola María Rodríguez López
Jefe de Oficina de Admisiones y Registro Académico
Universidad de Caldas

Claudia Patricia Acosta Ángel
Decana
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas



INTER CONTINENTAL



El Poder Judicial de la Federación, Intercontinental University
C. de México, S. de C. V. inscrita en el Registro Público de Comercio y Fideicomisos de México, S. de C. V. el día 26 de mayo de 2011.
R. F. C. 02811130-20-1471940549702-0

HACE CONSTAR QUE:
DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

Con Documento de Identidad No. 4053810618

CURSO Y APROBO EL DIPLOMADO EN
SEGURIDAD Y PROTECCION RADIOLÓGICA

Con una cantidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLIN - MAYO - 25 DE 2020
Registrada en el Libro de Actas No 0026200525
CODIGO DE SEGURIDAD 200525P

Rector

Dirección Académica

www.pojinterco.com

El presente es un documento de carácter informativo y no tiene validez legal. Para más información contactarse al correo electrónico interco@pojinterco.com
o al número telefónico 011 52 55 5611 1111.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Daniela Aristizabal Rivera

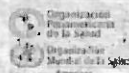
ha participado y aprobado el Programa de Capacitación en la
**Aplicación del Paquete ASSIST-DIT de Detección e Intervención Breve
para el Consumo Riesgoso y Nocivo de Sustancias**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

15 de marzo de 2022

Horas: 6

Dra. Carissa F. Etienne
Directora



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://www.campusvirtualop.org/mostrarcompleto/certificado/65_ahq7ccJev622D8965-6d04-43cf-476f-5857ac11a20

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Daniela Aristizabal Rivera

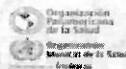
ha participado y aprobado el Curso de capacitación en el
**Paquete AUDIT-DIT para el manejo de los problemas relacionados
con el consumo de alcohol en la APS**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

15 de marzo de 2022

Horas: 6

Dra. Carissa F. Etienne
Directora



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://www.campusvirtualop.org/mostrarcompleto/certificado/65_ahq7ccJev622D8965-6d04-43cf-476f-5857ac11a20



La salud es de todos **Salud**



COLEGIO COLOMBIANO DE ODONTÓLOGOS

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Daniela Aristizábal Rivera
Odontóloga

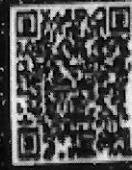
C.C. 1.053.810.615

Universidad Autónoma de Manizales
Manizales

Expiración: 2017/2018
Expiración: 2017/2018

La tarjeta es un documento público y de carácter reservado con
el fin de ser utilizada para la identificación de los miembros
especialistas e interdisciplinarios.
Esta tarjeta es emitida por el Colegio Colombiano de Odontólogos
y el Colegio de Odontólogos de Manizales.

Jairo Quiñana O.
Representante Legal
Colegio Colombiano de Odontólogos



CCO 000010





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

CERTIFICA QUE:

La Señora **DANIELA ARISTIZÁBAL RIVERA** identificada con C.C. 1053810615 de La. Se encuentra prestando sus servicios laborales en la institución desempeñándose como Odontóloga, celebrando los siguientes contratos de prestación de servicios.

1. **Contrato N°66-2025:** Del 03 de enero de 2025 al 31 de marzo de 2025.

Objeto Contractual

Prestación de servicios profesionales como odontólogo de la E.S.E Hospital San Antonio De Villamaria, Caldas

Valor del Contrato: Nueve millones doscientos setenta mil pesos M/cte. (\$9.270.000)

2. **Contrato N°161-2025:** Del 01 de abril de 2025 al 30 de junio de 2025.

Objeto Contractual

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

Valor del Contrato: Nueve millones doscientos setenta mil pesos M/cte. (\$9.270.000)

3. **Contrato N°251-2025:** Del 01 de julio de 2025 al 30 de septiembre de 2025.

Objeto Contractual

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

Valor del Contrato: Nueve millones doscientos setenta mil pesos M/cte. (\$9.270.000)

4. **Contrato N°492-2025:** Del 01 de agosto de 2025 al 31 de agosto de 2025.

Objeto Contractual

Prestación de servicios profesionales como odontóloga de manera integral para el plan de intervenciones colectivas PIC, de acuerdo con las obligaciones específicas que se asignen, con plena autonomía y por su cuenta y riesgo con sujeción a las normas de la salud que existen en Colombia.

Valor del Contrato: tres millones noventa mil pesos M/cte. (\$3.920.000)

Fecha de Emisión:



5. Contrato N°432-2025: Del 09 de septiembre de 2025 al 30 de septiembre de 2025.

Objeto Contractual

Prestación de servicios profesionales como odontóloga de manera integral para el plan de intervenciones colectivas PIC, de acuerdo con las obligaciones específicas que se asignen, con plena autonomía y por su cuenta y riesgo con sujeción a las normas de la salud que existen en Colombia.

Valor del Contrato: Nueve millones doscientos setenta mil pesos M/cte. (\$9.270.000)

La anterior certificación se expide a solicitud de la persona interesada para los fines pertinentes, dada en Villamaría Caldas a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,

**DAVID DURAN VILLEGAS
TALENTO HUMANO
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA**

PÓLIZA N°
1007416

LA PREVISORA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 880.002.480-2



PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 8 MES 4 AÑO 2025	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO 0	CIAS. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR DIRECCIÓN	22871102-DANIELA ARISTIZABAL RIVERA CALLE 7 NRO 10 10, VILLAMARIA, CALDAS			CC TELÉFONO	1053.810.615 3106543855
ASEGURADO DIRECCIÓN	22871102-DANIELA ARISTIZABAL RIVERA CALLE 7 NRO 10 10, VILLAMARIA, CALDAS			CC TELÉFONO	1053.810.615 3106543855
EMITIDOR EN MONEDA TIPO CAMBIO	MANIZALES Pesos 1.00	CENTRO OPER SUC.	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE A LAS HASTA A LAS	NUMERO DE DIAS
		902 9	8 4 2025	3 4 2025 00:00 3 4 2026 00 00	365
CARGAR A:	FORMA DE PAGO 4.30 DIAS			VALOR ASEGURADO TCIAL \$ 400,000,000.00	

Riesgo: 1 -
HOSPITAL SAN ANTONIO, VILLAMARIA, CALDAS

Categoría: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	400,000,000.00	SI	230,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA LIMITE POR EVENTO O PERSONA	40,000,000.00 20,000,000.00	NO	0.00
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00 0.00	NO	0.00
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA LIMITE POR EVENTO O PERSONA	80,000,000.00 40,000,000.00	NO	0.00
10	RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	0.00
13	COSTOS DE CAUCIONES JUDICIALES Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	0.00
15	PERJUICIOS PATRIMONIALES LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00 400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 2.00 SMMLV	DEL VALOR DE LA PERDIDA	

Texto continúa en Hojas de Anexos...

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1069 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****230,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****43,700.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*****273,700.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiendo.com/FacturaPrevisora/portaladquirente/pages/auth/portallogin> en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3 del DJR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

08/04/2025 08:53:11

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN			INTERMEDIARIOS					
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				6299	2	JACKELINE LOPEZ GONZAL		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



HOJA ANEXA No. 1 DE LA COPIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No. 1007400 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 000

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TOMADOR

NOMBRE: ARISTIZABAL RIVERA DANIELA
C.C 1053810615

DIRECCIÓN: CALLE 7 NRO 10 10

ASEGURADO

NOMBRE: ARISTIZABAL RIVERA DANIELA

C.C. 1053810615

DIRECCIÓN: CALLE 7 NRO 10 10

BENEFICIARIO

HOSPITAL SAN ANTONIO VILLAMARIA

CLASE

CLASE UNO(2) -- SIN CIRUGÍA

ESPECIALIDAD

ODONTOLOGIA

VIGENCIA

Doce meses, desde la fecha en que la presente propuesta sea aceptada por el asegurado.

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004 VERSIÓN 009-D001 que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL

República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN

República de Colombia

LÍMITE ASEGURADO

\$ 400,000,000 Por evento y por vigencia

Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

En aquellos amparos donde no se establezca sublímite se entienden otorgados al 100% del límite asegurado.

COSTO ANUAL DEL SEGURO

\$ 230,000 + IVA

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral

1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

A Equipos de radiografía con fines de diagnósticos

B Equipos de rayos x para terapéutica

C Equipos de tomografía por ordenador (scanner)

D Equipos de radiación por isotopos para terapéutica

E Equipos de generación de rayos laser

F. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1007416 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.2 Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.3 Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.4 Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; Sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.5 Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.6 Costos de cauciones, según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.7 Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2 Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, esta amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3 Costos de cauciones, según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4 Perjuicios patrimoniales, incluye daños emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5 Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.

2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / HIV y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.

3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos

4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros

5. Enfermedades profesionales

6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.

7. Daños genéticos a personas o animales.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1007416 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Gastos judiciales, de defensa o abogados: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMLLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

IDENTIFICACION DEL PAGO



PREVISORA
SEGUROS

POLIZA No. 1007416

CERTIFICADO No. 0

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo		Sucursal	
RESPONSABILIDAD CIVIL		MANIZALES	
Valor Prima	Valor IVA	Tomador	
\$230,000.00	\$43,700.00	22871102 - DANIELA ARISTIZABAL RIVERA	
F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
08/05/2025	\$*****0.00	\$*****230,000.00	\$*****43,700.00

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " 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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 4. 30 DIAS



PREVISORA
SEGUROS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 273,700.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	08/05/2025	\$*****0.00	\$*****230,000.00	\$*****43,700.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1007416	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$*400,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de MANIZALES a los 8 días del mes de ABRIL de 2025

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑIA , para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009



RAZÓN SOCIAL :	DANIELA ARISTIZABAL RIVERA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053810615
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	independiente
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-07
FECHA DE PAGO:	2025-12-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35547142
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35547142
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
231001	900227940	COLFONDOS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	980011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 440.500

PAAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/02/2026
----------------------------------	------------

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DANIELA ARISTIZABAL RIVERA identificado(a) con C.C No. 1.053.810.615, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de Noviembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 1000J.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIELA ARISTIZABAL RIVERA identificado(a) con CC 1053810615 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/11/2016
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: VIVA 1A IPS SA MANIZALES LAURELES PGP
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de noviembre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

DANIELA ARISTIZABAL RIVERA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1053810616

Fecha nacimiento / Date of birth

11/03/1991

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3105460829

Correo electrónico / e-mail

mariela30@hotmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

E202102012

J202103009

-

Vacuna / Vaccine

SINOVAC LIFE
SCIENCES

SINOVAC LIFE
SCIENCES

-

Centro vacunador / Administering Center

VILLAMARIA ESE
HOSPITAL
DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO

VILLAMARIA ESE
HOSPITAL
DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

05/03/2021

05/04/2021

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

TVBDYU7Q6JZORVUHC8O
KLEZXHZGMZBHWZWXH
DS4N3MA6LT2QFA

NXSW7ZEWI64IVSH7FAKN
NU7BHG3DT2RZOH3DZX7
LHTBJZSC2OEA

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

29/07/2022

29/07/2022

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Carné Digital
de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR de AUTENTICACION

Nombre y apellido / Full name

DANIELA ARISTZABAL RIVERA

Tipo de identificación / ID Type

CÓDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 3 8 1 0 8 1 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

11/03/1991

País de nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto móvil / Phone number

3105460829

Correo electrónico / Email

rivera100@hotzail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellidos del vacunado
		Día	Mes	Año				
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Segunda	6	3	2013		024810630	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	
TD Adulto	Tercera	7	3	2013		024810630	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	
Sarampión Rubéola	Adicional	6	7	2018		01207486	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	DORIS AMANDA HURTADO CALLEGO
Fiebre Amariilla	Única	24	7	2019		PH05019	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	DORIS AMANDA HURTADO CALLEGO
TD Adulto	Quinta	24	9	2019		2218015278	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	DORIS AMANDA HURTADO CALLEGO
TD Adulto	Quinta	29	1	2021		231310249	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	YESICA PAOLA ORDOZ MEDINA
COVID BRNOVAC	Primera	5	3	2021	Biovac	020110262	HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA	JHON FREDY ALVAREZ GALVIS
COVID BRNOVAC	Segunda	5	4	2021	Biovac	J02010360	HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA	DORIS AMANDA HURTADO CALLEGO
Tdap Adulto (Castrón)	Única	23	8	2021		09197A1	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART ESPARTACORRAL SAN ANTONIO	LUISA FERNANDA CASTAÑO SERRANO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Única	20	8	2021		V02021520	VILLAMARIA ESE HOSPITAL DEPART	LUISA FERNANDA CASTAÑO SERRANO
COVID Pfizer	Primera Refuerzo	21	3	2022	Pfizer	3432100	FUNDACION FU-PAZ	CRISTIAN FELIPE CAROENA RIVERA
COVID Pfizer	Segunda Refuerzo	25	11	2022		PCA0201	N.S.A	Juan Diego Galindo
Hepatitis B Adultos	Primera	9	3	2023		00520992	HOSPITAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA	JUAN DIEGO ORLANDO HENCAPIE

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe haber en la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el esquema de la información de la vacunación que realicen los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should appear on the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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) **DANIELA ARISTIZABAL RIVERA** identificado(a) con CC 1053810615 registra la siguiente información:

2023-12-27 --5:05:08 PM

Información Académica

Tipo Programa: Odontología (Odontología) - Nivel de Formación: Pregrado - Institución Educativa: Colegio Colombiano de Odontólogos

UNV	Local	ODONTOLOGIA	2017-05-04	910021	Colegio Colombiano de Odontólogos
Datos SSO					
Tipo Programa	Local	COLOMBIA AMAZONAS TARAPACÁ	2016-04-16	2017-04-15	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada
Tipo Programa	Local	COLOMBIA AMAZONAS TARAPACÁ	2016-04-16	2017-04-15	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada

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

MEDICINA LABORAL
Dra. Jimena Aristizábal López

Manizales, 28 de Noviembre de 2025

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL


NOMBRE: Daniela Aristizábal Rivera	
DOCUMENTO: C.C.1053810615	
EDAD: 34 AÑOS	
Profesión: Odontóloga	
Tipo de contrato: Contratista	
EPS: Nueva EPS	

TIPO DE EXAMEN: Ingreso

FECHA: 28/11/2025

CONCEPTO DE APTITUD: APTO PARA LA LABOR
RESTRICCIONES: NO

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


JIMENA ARISTIZABAL LÓPEZ
Médica Laboral
Licencia SST 73133
Registro Médico 15899

