



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7



LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
TH-F-04	05-02-2025	07	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Morra Natalia Tonyano FECHA DE VERIFICACIÓN: _____

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A	NOTA
1	Propuesta económica conforme a la solicitud, las condiciones técnicas y operativas.				
2	Hoja de Vida DAFP - Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X			
3	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas - Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	X			
4	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	X			
5	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	X			
6	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X			
7	Registro Único Tributario RUT - Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	X			
8	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X	
9	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
10	Examen Médico Ocupacional por Perfil (3 años de vigencia) (Desempleado por más de 6 meses deberá presentar uno nuevo)	X			
11	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	X			
12	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	X			
13	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	X			
14	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
15	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
16	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
17	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
18	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
19	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	X			
20	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	X			
21	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
22	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
23	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X			
24	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.	X			
25	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)	X			
26	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X	
27	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	X			
28	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X	
DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA PERSONAL ASISTENCIAL					
29	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X			
30	Competencia en Atención al Usuario (Agendamiento, Facturación, Orientador, Autorizaciones, SIAU)	X			
31	Autorización Para Ejercer Profesión u Oficio - RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo, etc.)	X			
32	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.	X			
33	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico y Enfermeros Profesionales)	X			
34	Competencia en Soporte Vital Básico (Aux de enfermería, Paramédicos, Conductores)	X			
35	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales)	X			
36	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras)	X			
37	Competencias Esenciales Para el Cuidado de la Donante Expedida por el INS (Médicos)	X			
38	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	X			
39	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo.)	X			
40	Competencia en Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo).	X			
41	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)	X			
42	Atención del Parto (Médico)	X			
43	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera)	X			
44	Competencia en Dengue (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería, Odontóloga, Aux. Vacunación, Bacteriólogo)	X			
45	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)	X			
46	Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)	X			
47	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)	X		X	
48	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)	X		X	
49	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X	
50	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X	
51	Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad, Contratación).				OBLIGATORIO

Daniela Rojas
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

Castilla La Nueva - Meta, el 02 de marzo de 2026

Dra.:

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA

Profesional Universitario

Oficina Planeación Calidad y Desarrollo

Carolina Vega
02/03/2026

Ref. PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-150

Cordial saludo,

MAIRA NATALI TUNJANO RODRÍGUEZ, quien se identifica con C.C. No. 1.1.21.899.022 expedida en Villavicencio - Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto "**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE MEDICINA EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA PARA LA CONFORMACION, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO A EQUIPOS BASICOS DE SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CONFORME A LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**" de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **DOS (2) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **VEINTITRÉS MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$23.100.000) M/CTE.**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente forma: **UN VALOR MENSUAL** por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$11.550.000)**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, como contraprestación del servicio personal. **PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados y de las acciones desarrolladas con evidencia fotográfica, soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO TERCERO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con treinta (30) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:


1. Realizar Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) famiolograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa obtenidos durante la identificación poblacional. 2. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas de acuerdo con programación 3. Identificar y reportar al EBS las personas que se encuentren sin afiliación al sistema de salud. 4. Realizar la formulación e implementación del plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la identificación poblacional, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. 5. Realizar la elaboración del Plan de trabajo y cronograma mensual según lo establece el Lineamiento de Equipos Básicos en Salud. 6. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud en la ruta integral de Atención para promoción y mantenimiento de la salud según Res. 3280 de 2018, 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 7. Realizar Valoración integral en salud en los diferentes cursos de vida según resolución 3280 de 2018 a la población identificada en los microterritorios. 8. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. 9. Digitalizar los instrumentos y herramientas que sean utilizados durante la implementación de APS que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin o la IPS. 10. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. 11. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno, con especial énfasis en eventos relacionados con las prioridades en salud pública del municipio. 12. Gestionar y liderar las acciones colectivas enfocadas a la intervención en los microterritorios, en los entornos hogar y comunitario de acuerdo con cronograma. 13. Apoyar las acciones de vigilancia comunitaria en salud pública. 14. Entregar un informe mensual del cumplimiento de las obligaciones específicas del presente contrato, anexando soportes del cumplimiento del contrato. 15. Hacer uso debido de los elementos entregados para la correcta implementación de la estrategia. 16. Usar los elementos de protección personal durante el desarrollo de jornadas de salud. 17. Participar activamente en las actividades institucionales que se programen. 18. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,



MAIRA NATALI TUNJANO RODRÍGUEZ

C.C. No. 1.1.21.899.022 expedida en Villavicencio - Meta.

Dirección: Cra 17 a n09-08 barrio el paraíso, Castilla La Nueva

Teléfono: 310-768-1496

Email: natatuniano@gmail.com



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Tunjano		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rodriguez			NOMBRES Maira Natali	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1121899022		GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES 07 AÑO 1992		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 8 8 59 polo club				
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO META		
DEPTO META		MUNICIPIO SAN MARTÍN				
MUNICIPIO VILLAVICENCIO		TELÉFONO 3108533234		EMAIL natatunjano@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)																	
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009			

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	12	X		MEDICINA	01	2018	1121899022								

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL GUAMAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO GUAMAL				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3107681496			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	07	Mes	11	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA "URGENCIAS"				DIRECCIÓN CALLE 4 ESTE 8 56 SUR							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD aprepsy lida				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3107681496			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	10	Mes	02	Año	2023	Día	10	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ATENCION AL USUARIO			DEPENDENCIA CALIDAD EN SALUD				DIRECCIÓN CALLE 6C SUR 18A 59 SUR san antonio							

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO COLSANITAS SAS				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3108535245			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	02	Año	2023	Día	15	Mes	04	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE ATENCION CONSULTA			DEPENDENCIA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD				DIRECCIÓN CARRERA 18 SUR 16A 46 SUR restrepo							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3107681496			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	24	Mes	08	Año	2022	Día	24	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS				DIRECCIÓN 10 # 27 51 CARRERA 10 N # 27 51							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE ACACIAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6569494			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	01	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIA				DIRECCIÓN DIAGONAL 15 26 21 Barrio San Jose							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3203101471			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS				DIRECCIÓN KILOMETRO 8 VIA CACAYAL							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE GUAMAL META				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 67550378			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	02	Año	2018	Día	07	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CARRERA 7, 14 28, Sector Centro							

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA META				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 6682318			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día: 08		Mes: 07		Año: 2019		Día: 11		Mes: 12		Año: 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA URGENCIAS			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN barzal alto					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA fundacor				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día: 20		Mes: 04		Año: 2022		Día: 20		Mes: 06		Año: 2022
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN AVENIDAB A - 35A 45					

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	2

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAIRA	NATALI	TUNJANO	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$60.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$3.000.000,00
Gastos de representación	\$900.000,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$200.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$64.100.000,00

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	\$10.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	\$50.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
800000	\$800.000,00

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

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.

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:



Castilla la Nueva-Meta, a los _____ de _____ de _____

Señores:

HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.

Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI _____ NO me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

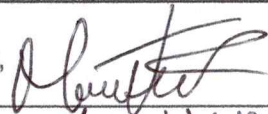
FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? 		<input checked="" type="checkbox"/>
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia? 		<input checked="" type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional? 		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	<p>Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir?</p> <p>Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir?</p> <p>No aplica para servicios profesionales.</p>		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	<ul style="list-style-type: none"> ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario? 		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	<ul style="list-style-type: none"> Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? 		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades? 	X
Parágrafo 3° Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades? 	X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición	X
OBSERVACIONES:	<i>"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."</i>	

TENGA EN CUENTA:

- Cónyuge: persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
- Compañero Permanente: Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
- Parentesco por consanguinidad: Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
- Parentesco por afinidad: Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco Civil: Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
- Parentesco hasta primer grado de consanguinidad: papá, hijo,
- Parentesco hasta primer grado de afinidad: papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
- Parentesco hasta segundo grado de afinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad: papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
- Parentesco primero o único civil: El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma, 

Nombre: Maira Natalie Tujano

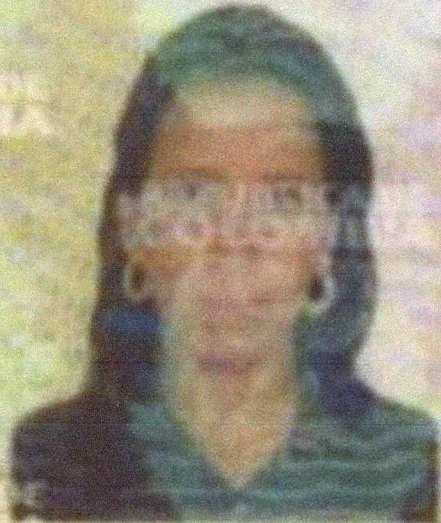
Cédula: 1.121.899.022

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

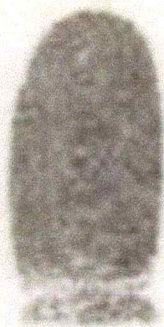
NUMERO 1.121.899.022
TUNJANO RODRIGUEZ

APellidos
MAIRA NATALI

Nombre



COLOMBIA



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1992
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

A+

G. B. RH

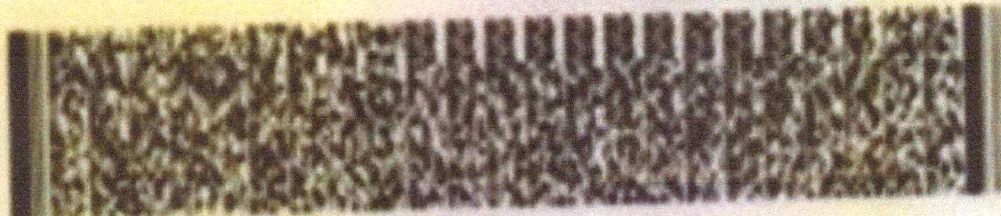
F

SEXO

18-ABR-2011 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES



A 6300100-00834906-F-1121899022-20140110

0036627542A 3

6722823405

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14892174072



(415)7707212489984(8020) 000001489217407 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 1 8 9 9 0 2 2

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

14. Buzón electrónico

2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 2 1 8 9 9 0 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

TUNJANO

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

MAIRA

34. Otros nombres

NATALI

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Villavicencio

0 0 1

41. Dirección principal

CR 27 A 24 10 BRR SAN MARCOS

42. Correo electrónico

natatunjano@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 7 6 8 1 4 9 6

45. Teléfono 2

3 1 0 8 5 3 3 2 3 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 4 2 0

Actividad secundaria

48. Código

43. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TUNJANO RODRIGUEZ MAIRA NATALI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 1 8 9 9 0 2 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

23/07/1992

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3107681496

Correo electrónico / e-mail

ID: 838db44-2b19-48ca-e19a-9d8e77272377

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Fecha de vacunación						
Vaccine	Doses	Day	Month	Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	11	7	2016		D2276	VILLAVICENCIO CS POPULAR	
TD Adulto	Segunda	29	8	2016		D2276	VILLAVICENCIO CS POPULAR	
Sarampión Rubéola	Adicional	17	5	2018		012N7186	GUAMAL HOSPITAL LOCAL	Aura Sonia Rodríguez Ramirez
TD Adulto	Tercera	31	8	2020		2338X004AE	GUAMAL HOSPITAL LOCAL	Aura Sonia Rodríguez Ramirez
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	8	2020		V50220013	GUAMAL HOSPITAL LOCAL	Aura Sonia Rodríguez Ramirez
COVID SINOVAC	Primera	5	3	2021	Sinovac	A2021010044	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID SINOVAC	Segunda	5	4	2021	Sinovac	E202102011	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO
Fiebre Amarilla	Única	21	4	2021		R3M181V	CASTILLA LA NUEVA .ES.E HOSPIT	sandra milena gaitan daza
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	25	11	2021		UFX20008	VILLAVICENCIO CRUZ ROJA COLOMBIANA	JENNY PAOLA SILGUERO GARZON
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	14	1	2022		UFX20010	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	SANDRA PATRICIA PULIDO CORTAZAR
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	15	3	2022	PFIZER	FN3815	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA TELLES
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	3	12	2022	PFIZER	FM2963	APREHSI LTDA	VICKY ESTHER TORRES HERRERA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	6	6	2024	Green Cross	V50524003	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	YESSIKA ANDREA BARRAGAN SUAREZ
TD Adulto	Cuarta	6	6	2024	Serum	2333L021C	EMPRESA LOCAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS	YESSIKA ANDREA BARRAGAN SUAREZ

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 abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan 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 open the page.

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

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1121899022

Fecha nacimiento / Date of birth

23/07/1992

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3107681496

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera Segunda Primer Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

A2021010044 E202102011 FN3815

Vacuna / Vaccine

SINOVAC LIFE SCIENCES SINOVAC LIFE SCIENCES PFIZER MANUFACTURING BELGIUM

Centro vacunador / Administering Center

HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

05/03/2021 05/04/2021 15/03/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia CO-Colombia CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

45QKKTDLTFLZNT3O5YQ4H 2EIPMMXAOJHTJYNNK7XV
BXBQNNZIKKCQ BZKBFYNDPIIR3XLLLF6ZJ2
HLPQL5XGXP7LZKZ2BLFE DWDKYFNHJA
4QVD3F4CPW3WQQSSG73
K7OP3QAH6MMZDQMUHV
EDYOJAN4QQ2ROJA

Fecha de emisión del documento / Document issued

26/07/2022 26/07/2022 26/07/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@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](#)



Calle 23 Norte No. 2N-25 Barrio San Vicente
Teléfax 660 39 21 - Tel. 660 37 15 Santiago de Cali - Colombia
email : laboratoribios@hotmail.com

Nombre del Paciente	Edad
MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ	23 Años
Cedula	Sexo
1121899022	Femenino
Ordenado por	Fecha Ingreso
PARTICULAR	30/06/2016 07:00
No. de Matricula	Fecha Reporte
28372	01/07/2016 09:24

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNDS	INTERVALO DE REFERENCIA	METODO
* VARICELA ANTICUERPOS IgG	1.79		Positivo : Mayor o igual 1.10 Negativo : Menor o igual 0.85 Dudoso : De 0.86 a 1.09	Microelisa
* ANTICUERPOS CONTRA EL Ag DE LA HEPATITIS B	40.84	mU/ml	Negativo : Menor o igual 10.0 mU/ml Positivo : Mayor o igual 10.0 mU/ml	Microelisa


LUZ STELLA PUERTA
Bacteriólogo
Reg TP.13722
Firmado Electrónicamente

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	17-05-18	01214786	ICRA
Fiebre Amarilla	Única	17-05-18	201211231801	ICRA
Toxide Tetánico - Difterico (Td)	1	12-01-20	2250136A	ICRA
	2	03-02-20	22150136B	ICRA
	3	06-08-20	2328X004E	ICRA
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

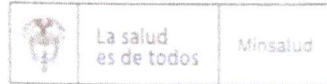
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	4			
Antierabica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	17/05/18	VS0218009	ICRA
		06/08/20	VS022000B	ICRA
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Maira Natalia**
 Apellidos: **Junjano Rodríguez**
 Documento de identidad: C.C. **XI** Pasaporte No. **1121899022**
 Fecha de nacimiento: Día **23** Mes **07** Año **1992**



Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

Teléfono 670 3838 Línea de emergencia 132 Cra. 30 No. 39-30
Centro - Villavicencio - Meta www.cruzrojameta.org

**CARNET DE VACUNACIÓN
NACIONAL**

60007

NOMBRE: Maira Natali Tunlano Rodríguez
DOC. IDENTIDAD: 1.121.899.022
FECHA DE NACIMIENTO: 23-JUL-1991 **SEXO:** F
TELÉFONO: 3107681496

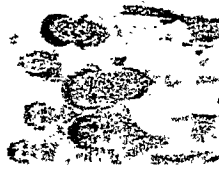
VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No	NOMBRE VACUNADOR
ANTI AMARILICA	Unica				
	Unica				
	Unica				
TOXOIDE TETANICO	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
	1 Ref				
	2 Ref				
TOXOIDE DIFERICO	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
	4 Dosis				
	5 Dosis				
ANTI HEPATITIS B	1 Dosis	21-11-21	Sanofi UFX20008		Sandra P
	2 Dosis	14-01-22	Sanofi UFX20010		Sandra P
	3 Dosis	14-01-23	Sanofi UFX20010		Sandra P
ANTI HEPATITIS A	1 Dosis				
	2 Dosis				

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

CERTIFICADO DE VACUNACION

Nombre: **JOSE ANTONIO GONZALEZ**
Edad: **10 años**
Sexo: **M**
Fecha de nacimiento: **15/05/1988**

CERTIFICADO DE VACUNACION



| Fecha | Nombre de la vacuna | Estado |
|------------|---------------------|------------|
| 15/05/1988 | Polio | Completada |
| 15/05/1988 | Difteria | Completada |
| 15/05/1988 | Tétanos | Completada |
| 15/05/1988 | Hepatitis B | Completada |
| 15/05/1988 | MMR | Completada |
| 15/05/1988 | MMRV | Completada |
| 15/05/1988 | Varicela | Completada |
| 15/05/1988 | Hepatitis A | Completada |
| 15/05/1988 | Neumococo | Completada |
| 15/05/1988 | Rotavirus | Completada |
| 15/05/1988 | COVID-19 | Completada |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora
Nombre vacunador |
|--------------------------------------|-------|------------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola | Única | 17-5-2018 | 012N7186 | Guamal. |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico -
Diftérico (Td) | 1 | 11-07-2016 | D2276 | Meta. |
| | 2 | 29-8-2016 | D2276 | Meta. |
| | 3 | 31-8-2020 | 2338X004 AE | Guamal |
| | 4 | 06/06/24 | Senn 23331021C | Yesús B |
| | 5 | | 05 junio 2025 | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

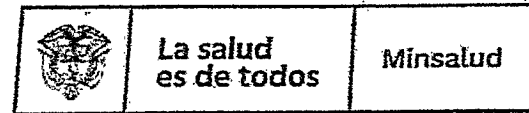
| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora
Nombre vacunador |
|----------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: *Haira Natali*
Apellidos: *Tunjano Rodriguez*
Documento de identidad: C.C. *X.T.I.* Pasaporte No. *7121899022*
Fecha de nacimiento: Día *23* Mes *07* Año *1992*

**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE
APTITUD LABORAL
DRA MAYERLIN WILCHES/ ESPEC.SALUD
OCUPACIONAL N°2772215**



PAGINA 1 DE 1

CERTIFICADO DE APTITUD - INFORME SALUD OCUPACIONAL

FECHA 20/10/2025 EMPRESA: HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL
 NOMBRE: MAIRA NATALI TUNJANO CEDULA: 1.121.899.022
 EDAD: 33 AÑOS

TIPO DE EXAMEN:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| INGRESO | <input checked="" type="checkbox"/> | ENFASIS OSTEO-MUSCULAR | <input checked="" type="checkbox"/> | RETIRO | <input type="checkbox"/> | ENFASIS CARDIORESPIRATORIO | <input checked="" type="checkbox"/> | TEST DE ALTURAS | <input type="checkbox"/> | ENFASIS EN PIEL | <input checked="" type="checkbox"/> | REINGRESO | <input type="checkbox"/> |
|---------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CARGO ACTUAL / CARGO AL QUE ASPIRA: MEDICA GENERAL

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| APTO | <input checked="" type="checkbox"/> | PERIODICO CON RECOMENDACIONES | <input type="checkbox"/> | APTO CON RESTRICCION | <input type="checkbox"/> |
| APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS | <input type="checkbox"/> | APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS | <input type="checkbox"/> | APLAZADO | <input type="checkbox"/> |
| PERIODICO NORMAL | <input type="checkbox"/> | PERIODICO CON REMISION A EPS | <input type="checkbox"/> | PERIODICO CON REMISION ARL | <input type="checkbox"/> |
| RETIRO NORMAL | <input type="checkbox"/> | RETIRO CON REMISION EPS | <input type="checkbox"/> | RETIRO CON REMISION ARL | <input type="checkbox"/> |

VISIOMETRIA NORMAL ENFERMEDAD PROFESIONAL SI NO REMISION A EPS SI NO
 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
SOSPECHA DE SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI NO ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO SI NO
 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

SE CERTIFICA QUE AL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

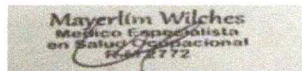
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA VISIOMETRIA _____ ESPIROMETRIA _____ PSICOMETRICO _____
 LABORATORIOS COLESTEROL _____ TRIGLICERIDOS _____ GLICEMIA VDRL _____ KOH _____
 HEMOGRAMA CREATININA _____ ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA _____
 COMPLETA CARNET DE VACUNACION VIGENTE TEST OSTEOMUSCULAR _____

OBSERVACIONES: ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA PARA OCUPAR EL CARGO DE MEDICA GENERAL, SEGÚN PROFESIOGRAMA DE SANIDAD DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA, USO DE TAPABOCAS Y EPP Y DE BIOSEGURIDAD, SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA (LAVADO DE MANOS, APLICACION DE GEL ANTIBACTERIAL ENTRE OTRAS). SI PRESENTA FIEBRE, PERDIDA DEL OLFATO, PERDIDA DEL GUSTO, DOLOR MUSCULAR Y HUESOS, DOLOR DE GARGANTA, TOS EXPECTORACIÓN, NAUCEAS, VOMITO, DIARREA, AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DEBE INFORMAR A SU EPS, CONSULTAR AL MEDICO O DIRIGIRSE A LA UNIDAD DE URGENCIAS MAS CERCANA.

YO MAIRA TUNJANO RODRIGUEZ
 autorizo al profesional abajomencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento. Afirmando que comprendo los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen a partir de la información recibida por el profesional que firma este documento. Certifico que la información que suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que servirá a la Salud ocupacional de la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

C.C No. 1.121.899.022 FIRMA _____

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL



ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HISTORIA ES PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGUN RESOLUCION DE SALUD 2346 DEL M.S., RESOLUCION 1918 DEL 2009, DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DEL M.S.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1121899022 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/07/2018
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: MULTISALUD SAS GUAMAL
Categoría: A


La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes de febrero del año 2026.

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



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: TUNJANO RODRIGUEZ MAIRA NATALI
IDENTIFICACIÓN: CC 1121899022
INICIO VIGENCIA: 05/01/2026
FECHA INICIO CONTRATO: 05-01-2026
FECHA FIN CONTRATO: 31-08-2026
TIPO DE TRABAJADOR: Independiente
SEDE: HOSPITAL GUAMAL
CLASE: 3
TASA: 2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR: 3861001

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE: HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL
CC /NIT: NI 800037202
CONTRATO: 1210621
ESTADO ACTUAL CONTRATO: ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: 3861001

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 14 días del mes de febrero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

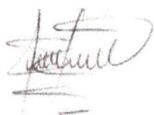
Colmena Seguros

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía número 1121899022**, se encuentra afiliado/a desde **10/12/2015** 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 13 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.



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7

FORMATOS CONTRACTUALES

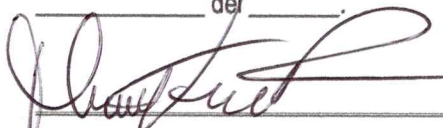
| CÓDIGO | FECHA | VERSIÓN | DOCUMENTO CONTROLADO |
|----------|------------|---------|----------------------|
| DE-FR-14 | 04-07-2024 | 05 | Página 1 de 1 |



FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Maira Natali Tunjano Rodriguez identificado con cédula de ciudadanía No 1121899022 expedida en Villavicencio, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL. **TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXCLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA - OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA - CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA - VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los _____ () días del mes de _____ del _____.




LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre: Maira Natali Tunjano R

CC No. 1121899022

Nit. No. _____

Empresa _____



LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

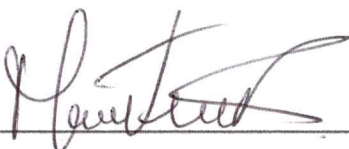
Yo¹, quien me identifico como aparece al pie de mi firma, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

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

Cordialmente,

Firma: 

Nombre Completo: Maira Natali Tunjano Rodríguez

Identificación: 1.121.899.022 expedida en Villavicencio

Fecha: _____

¹ Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica.

**PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN**
COLOMBIA

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de
Identificación:

Cédula de ci

Número
Identificación:

1121899022

¿ Cuanto es 5 + 3 ?

6

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1121899022.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, febrero 13, 2026 - Hora de consulta: 14:43:32

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expira.

OTRAS ENTIDADES



**PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN**
COLOMBIA

Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:39:25 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1121899022

Apellidos y Nombres: **TUNJANO RODRIGUEZ MAIRA NATALI**

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-
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@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, 14/02/2026 07:04:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1121899022** y Nombre: **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ.**

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. **134809164** . 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



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



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 viernes 30 de enero de 2026, a las 13:31:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1121899022 |
| Código de Verificación | 1121899022260130133147 |

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



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 14:48:04 horas del 13/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121899022**, Apellidos y Nombres **TUNJANO RODRIGUEZ MAIRA NATALI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **1121899022**, con NIT **112189902-2** 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>



**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 1121899022 **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 14/02/2026 07:22 PM



Código Verificación: **52FUYQ4AWG**

Válida hasta: **16/05/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,121,899,022 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 663002774 aperturada el 23 de febrero de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 14 de febrero de 2026.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0663002774 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0663000200002774 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130663000200002774 |

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



La salud
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MAIRA NATALI TUNJANO

RODRIGUEZ

C.C. 1121899022

MEDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Villavicencio

Grado: 23/03/2018

Rethus: 18/06/2019





UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

con cédula de ciudadanía No. 1.121.899.022 de Villavicencio

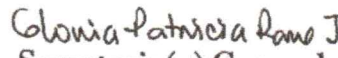
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Villavicencio el día 23 de Marzo de 2018


Director(a) Sede


Rector(a)


Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0021020181 Folio No. 018 Registro No. 0180 Refrendado en Villavicencio el día 22 de Marzo de 2018



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 10-641-2018

PROGRAMA : MEDICINA
CODIGO SNIES: 90519
FECHA GRADO: 23 DE MARZO DE 2018
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE
VILLAVICENCIO

En atención a que MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.121.899.022 de Villavicencio
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título
de: MÉDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede VILLAVICENCIO,
mediante acta No 002 en sesión del día 19 de febrero de 2018.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de
Sede, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de sede: CESAR AUGUSTO PEREZ LONDOÑO
Decano(a) Facultad: DIVA STELLA DIAZ PINZON
Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de VILLAVICENCIO el día 23 DE MARZO DE 2018

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

| | | | |
|---------------------------|--|-------------------------|--|
| | ALCALDIA DE VILLAVICENCIO - META - COLOMBIA | Vigencia
2015 | |
| | SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL | Documento
controlado | |
| | INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA
INEM LUIS LOPEZ DE MESA DE VILLAVICENCIO | | |
| | Decreto mediante Decreto No 1162 del 20 de Noviembre de 1962 Estatuto del Ministerio de Educación Nacional Resolución de Rectoría expedida por Secretaría de Educación Departamental No. 1 del 5 de octubre de 2001 Transcripción DANE No. 150001000979 del 25 de agosto de 2011 Doble Jornada Calendario A. | | |
| Registro y Control | Página 1 de 1 | | |

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN No. 147

Inscripción S.E. 1113005

Identificación Dane: 150001000979

En la ciudad de Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de diciembre del año 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de UNDECIMO (11) GRADO, El Rector y El Secretario, en la Rectoría del colegio, Institución creada por Decreto 1962 del 20 de noviembre de 1969 en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según Decreto 1085 del 8 de Junio de 1971 Resolución 130 del 23 de Enero de 1978 y por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución 1142 del 5 de octubre del 2001, para otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADEMICO Y BACHILLER TÉCNICO con especialidad en GESTION CONTABLE Y FINANCIERA, ADMINISTRACION Y MERCADERIA, PLANIFICACION Y GESTION PARA LA CREACION DE EMPRESAS, ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y SALUD HUMANA.

Comprobada la situación legal y académica del estudiante que curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica y Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER al siguiente graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

**BACHILLER TÉCNICO
MODALIDAD SALUD HUMANA**

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

**TUNJANO RODRIGUEZ MAIRA NATALI
C.C. 1121899022 de Villavicencio (META)**

Es fiel copia tomada del acta original general de Graduación No. 147 de fecha cuatro (4) de diciembre de 2009, que consta de trescientos ochenta y dos (382) graduandos, comienza con nombres y apellidos de ANGY ANGÉLICA AGUDELO MORENO y se cierra con nombre y apellidos de NAIDÚ PAOLA VALENCIA TOBAR.

Firmada por el Rector y Secretario Académico; de acuerdo en lo ordenado al artículo 7, del decreto 1080 de 1981

Expedida en Villavicencio, a los treinta (30) días del mes de enero de 2018.

Mgr. JOSE DEL CARMEN PEREZ SANDOVAL
C.C. 17.328.406
Villavicencio, Meta
Rector

SERAFÍN BAUTISTA GONZÁLEZ
C.C. 17.320.300
Villavicencio, Meta
Secretario Académico

En la Diversidad Unidos por un Ideal Humano
Calle 23 # 25-05 Barrio El Retiro. Tel: (8) 6726521 Telefax: (8) 6726509
E-mail: rectinemvillavicencio@gmail.com



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C112189902200084467

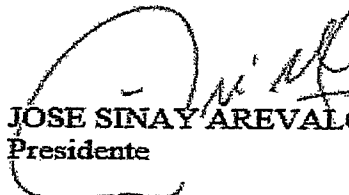
**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ETICA MEDICA
CERTIFICA**


Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1121899022 y T.P. o R.M. No. 1121899022 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 08 agosto 2022 a solicitud del(a) interesado(a).


JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.

E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



POLITECNICO DE[®]
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

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

HACE CONSTAR QUE:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

Con Documento de Identidad No 1121899022

**CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN ATENCION PSICOSOCIAL
Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS PAPSIVI**

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - FEBRERO 21 DE 2024 A MARZO 12 DE 2024
Registrado en el Libro de Actas No 0020240312
CÓDIGO DE SEGURIDAD 240312S

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

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





MUNICIPIO DE GUAMAL
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL DE ATENCION
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 800.037.202-3



**EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO Y JEFE DE PERSONAL
DEL HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E**

CERTIFICA

Que la señora **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.121.899.022 de Villavicencio Meta, fue desvinculada laboralmente de esta Institución desde el 08 de mayo de 2019, por haber terminado sus funciones como médica del Servicio Social Obligatorio, durante un periodo fijo de un (1) año, desde el 08 de mayo de 2018, al 07 de mayo de 2019.

La anterior certificación se expide a solicitud de la interesada, a los once (11) días del mes de septiembre de 2020.



OMAR LAGOS ARCILA

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DE APREHSI GROUP S.A.S

NIT: 900.033.859-6

CERTIFICA QUE:

La señora **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.121.899.022**, laboró en nuestra empresa **APREHSI GROUP S.A.S**, desempeñándose como **MEDICO GENERAL**, con la siguiente modalidad contractual:

- **PRESTACION DE SERVICIOS:** desde el 01 de agosto de 2022 hasta el 16 de septiembre de 2022 y desde 09 de febrero de 2023 hasta el 09 de agosto de 2023.

La presente se expide en ciudad de Bogotá a los 14 días del mes de marzo del año 2025.

--

Formalmente,


LAURA INFANTE REYES
Analista de contratación – Bogotá
Conmutador: 3172100501 Ext.283
talentohumanobogota@aprehsigroup.com

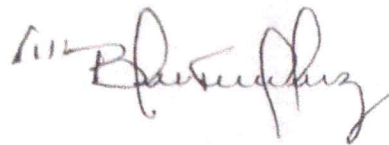
MULTISALUD SAS

Nit: 830.511.298-1

CERTIFICA QUE:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ, identificado(a) con Cedula Numero 1121899022 de VILLAVICENCIO , labora en esta empresa desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL desde el 26/02/2024 con un contrato Termino Indefinido , y una asignación mensual de \$3122989,00.

La presente Certificación de Expide en 13/03/2025.



BLANCA AURORA TORRES FLORES
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
CEL- WHATSAPP 3229279757



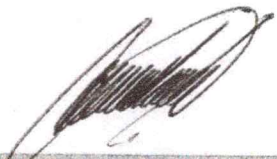
DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

| | | | |
|--|--|--|------------------|
| Fecha de emisión del documento | | MAYO 22 DE 2019 | |
| Departamento que emite el documento | | META | |
| DATOS PERSONALES | | | |
| Tipo de Documento | CC [X] TI [] CE [] | | |
| Numero de Documento | 1.121.899.022 | | |
| Lugar de Expedición | VILLAVICENCIO | | |
| Nombres | | Apellidos | |
| MAIRA NATALI | | TUNJANO RODRIGUEZ | |
| INFORMACION ACADEMICA | | | |
| Universidad | LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA | | |
| Departamento/Ciudad de estudios | META/VILLAVICENCIO | | |
| Profesión | MEDICA | Fecha de grado | MARZO 23 DE 2018 |
| Numero de Acta de Grado | 10-641-2018 | Núm. Título | 027553 |
| PRESTACION DE SSO | | | |
| Diligenciar si el profesional participó en un proceso de asignación de plazas de SSO y Fue exonerado | Fecha de Proceso de Asignación | | |
| Diligenciar si el profesional fue exonerado de prestar el S.S.O. mediante comité Departamental de S.S.O. | Fecha de Comité | | |
| | Numero de Acta | | |
| | Anexo: acta de comité de S.S.O. | Folios | |
| Diligenciar si el profesional prestó Servicio Social Obligatorio en el departamento | Código de plaza | 5031800018011-1 | |
| | IPS/institución de prestación de SSO | HOSPITAL LOCAL DE GUAMAL PRIMER NIVEL E.S.E. | |
| | Departamento/Municipio | META / GUAMAL | |
| | Fecha de inicio de prestación | MAYO 08 DE 2018 | |
| | Fecha de culminación de prestación | MAYO 07 DE 2019 | |



DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

| | | |
|--|--|----|
| Modalidad de prestación SSO | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN IPS HABILITADA | |
| Anexo: Certificación de la IPS de prestación SSO | Folios | 01 |

| CURSO DE INDUCCIÓN AL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO | | |
|---|--------------------------------|----|
| Fecha de Curso de inducción | 24 AL 27 DE ABRIL DE 2018 | |
| Lugar curso de inducción | SECRETARIA DE SALUD DEL META | |
| Quien certifica asistencia al curso | JAIME ALBERTO FERNANDEZ TAVERA | |
| Anexo: Certificado de curso de inducción | Folios | 01 |
| 
CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Gerente de Gestión de los Recursos de Salud
Secretaria de Salud del Meta | | |



SECRETARIA DE SALUD
Calle 37 No.41-80 Barzal Alto
Tel. 6610544 – 6620140 Villavicencio – Meta
salud@meta.gov.co - www.saludmeta.gov.co



HACE CONSTAR

Que los siguientes datos han sido verificados en la dirección de Talento Humano:

Nombre: MAIRA NATALÍ TUNJANO RODRÍGUEZ
Cédula de ciudadanía: 1.121.899.022
Fecha inicio de labor: 17 de marzo de 2025.
Fecha fin de labor: 16 de septiembre de 2025.
Tipo de contrato: Término fijo inferior a un año.
Cargo desempeñado: MÉDICO GENERAL TIPO – I.
Salario: \$ 4.255.000

Se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de septiembre de 2025.

Atentamente,

Karen Emilia Melo González
Directora Administrativa Departamental
Jersalud S.A.S

NOTA: Para la verificación de referencias laborales favor comunicarse al área de Talento humano teléfono 3162729655.

Sucursal Bogotá: Celular: 312 451 4023/Email: coord.administrativaboyaca@jersalud.com / Dirección: Calle 185 N° 45 - 03
Sucursal Boyacá: Celular: 318 813 5035/ Email: coord.administrativaboyaca@jersalud.com/ Dirección: Carrera 6 N° 64B -195
Sucursal Meta: Celular: 316 272 9655/ Email: coord.administrativameta@jersalud.com/ Dirección: Avenida 40 N° 30 - 26
Sucursal Casanare: Celular: 316 4669421/ Email: coord.administrativameta@jersalud.com/ Dirección: Transversal 18 # 7- 05
Sucursal Huila: Teléfono: 8 72 4100/ Email: coord.administrativaneiva@jersalud.com / Dirección: Calle 26 N°3w-98





INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio

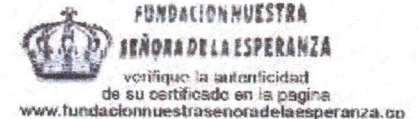
Realizó y aprobó el Curso de Atención Humanizada en los Servicios de Salud con un total de 120 Horas.

Verificación:

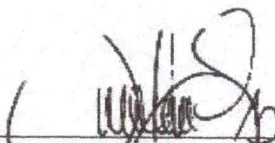


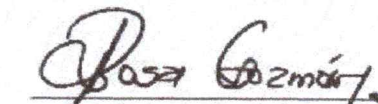
Fecha de emisión: 2025-03-12

Fecha de vencimiento: 2027-03-12




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

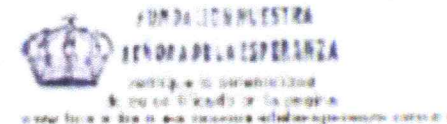
Hace Constar que:
Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio


Realizó y aprobó el Curso competencia en Atención al Usuario con un total de 48 Horas.


Verificación:

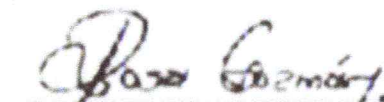


Fecha de emisión: 2026-01-25
Fecha de vencimiento: 2028-01-25




FREDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPLZANO
Representante Legal
C.P. N° 709761 - 051983 - Copacá


DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefa de Enfermería
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Acto administrativo
50499

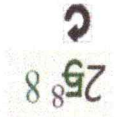


| CC | 1121899022 | MAIRA | NATAU | TUNJANO | RODRIGUEZ | Vigente | Ver |
|----------------|----------------|--------|----------|----------|-----------|---------|----------|
| Identificación | Identificación | Nombre | Apellido | Apellido | Apellido | Estado | Detalles |

Resultado General - 2026-01-30 - 1:35:45 PM

Verificar Registro en ReTHUS Limpia

5298
Código



Confirme los números de la imagen

Cédula de Ciudadanía: 1121899022
Número de Identificación: maira
Primer Nombre: tunjano
Primer Apellido:

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

ReTHUS

Menu Salud Registrar Iniciar Sesión Registrarse



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

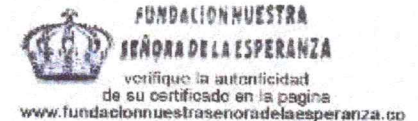
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso de soporte vital avanzado RCP (ACLS)
con un total de 120 Horas.

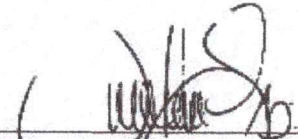
Verificación:

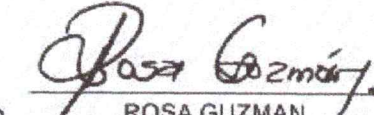


Fecha de emisión: 2025-01-08
Fecha de vencimiento: 2027-01-23




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


DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio

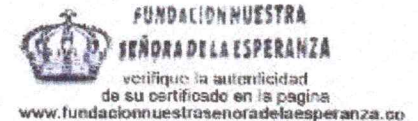
Realizó y aprobó el Curso de soporte vital básico SVB

con un total de 120 Horas.

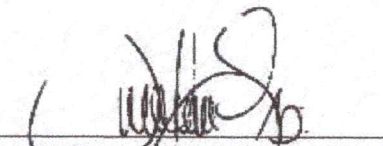
Fecha de emisión: 2025-01-08

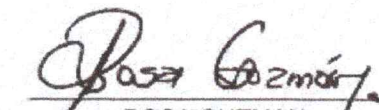
Fecha de vencimiento: 2027-01-23

Verificación:




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio

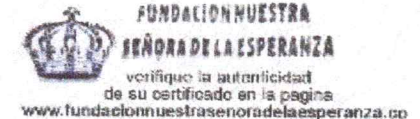
Realizó y aprobó el Curso de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AIEPI Clínico

con un total de 120 Horas.

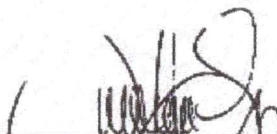
Fecha de emisión: 2025-01-08

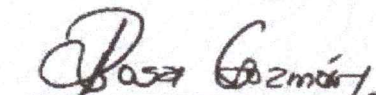
Fecha de vencimiento: 2027-01-23

Verificación:




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio

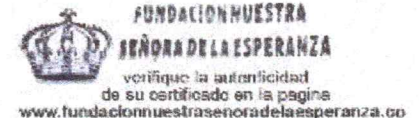
Realizó y Aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Agentes Químicos con un total de 80 Horas.

Verificación:

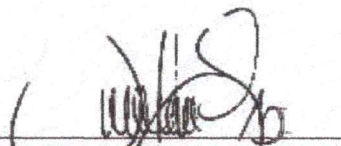


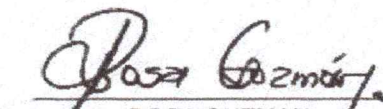
Fecha de emisión: 2025-03-12

Fecha de vencimiento: 2027-03-12




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ
C.C.1121899022

participó en el curso virtual:

**MEDICINA DE LA DONACIÓN PARA TRASPLANTES: LÍDER DE LA
GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN**

Del 20 de octubre al 20 de noviembre de 2026
con una intensidad horaria de 46 horas
Bogotá



Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS



SECRETARÍA DE
SALUD



Educación



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:
Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención a población víctima de conflicto armado
Ley 1448 de 2011
con un total de 48 Horas.

Verificación:



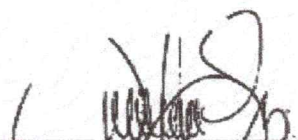
Fecha de emisión: 2026-02-02
Fecha de vencimiento: 2028-02-02

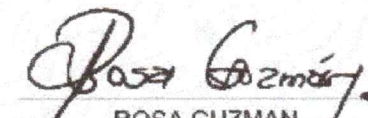


FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co


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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

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:
Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

Verificación:



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

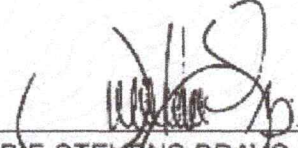


FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

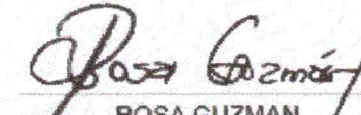
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenorsdelaesperanza.com.co



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



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso de Atención integral a víctimas sexuales –
código fucsia resolución 310/2019
total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2025-03-20

Fecha de vencimiento: 2027-03-20

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 80 Horas.

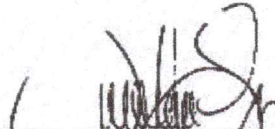
Verificación:

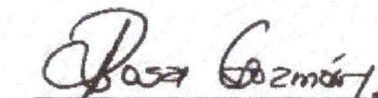


Fecha de emisión: 2025-11-06
Fecha de vencimiento: 2027-11-06




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

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:
Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso Parto Humanizado- Materno y neonatal con un total de 80 Horas.

Verificación:



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

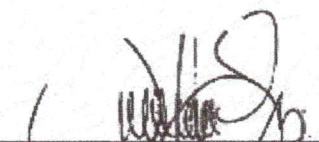


FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

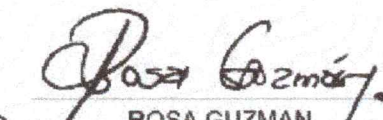
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenorsdelaesperanza.com.co



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



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso de Manejo del Duelo
con un total de 80 Horas.

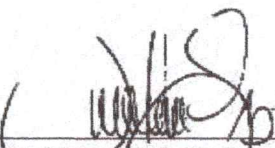
Fecha de emisión: 2025-11-06

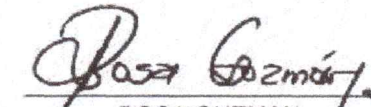
Fecha de vencimiento: 2027-11-06

Verificación:




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


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

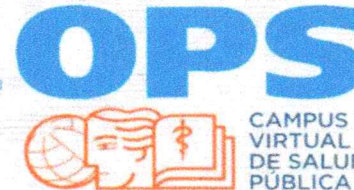
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

2 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





838bcc28-630f-410b-af02-6097c14e3cab

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre
Medición automática precisa de la presión arterial

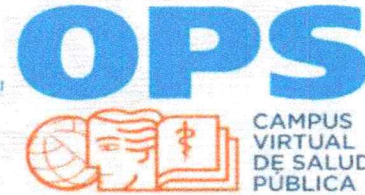
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

2 de enero de 2026

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





18c6f6d9-5e51-4ef1-b4eb-9a6d252df364

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

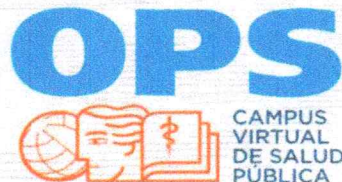
ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre
**Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial
Promoviendo la automedición**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,74 %

2 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=18c6f6d9-5e51-4ef1-b4eb-9a6d252df364>



Ministerio de
Educación



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:
Maira Natali Tunjano Rodriguez

CC 1121899022 de Villavicencio - Meta

realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario - Resolución 3100 de 2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-02-20
Fecha de vencimiento: 2028-02-20



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 901544869-6

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


Hace Constar que:
Maira Natali Tunjano Rodriguez
CC 1121899022 de Villavicencio

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:



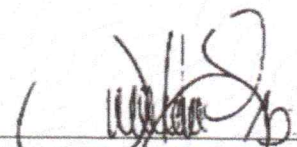
Fecha de emisión: 2025-11-06
Fecha de vencimiento: 2027-11-06



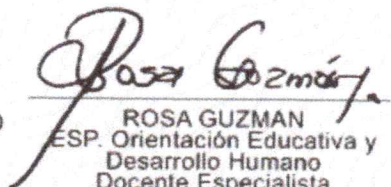
FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.co



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



DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7

FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

| CÓDIGO | FECHA | VERSIÓN | DOCUMENTO CONTROLADO |
|---------|-----------|---------|----------------------|
| DE-F-04 | 5/04/2025 | 05 | Página 1 de 1 |



CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Maira Natali Tonjano Rodriguez con CC No. 1121899022 de Villavicencio se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No _____

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA

Técnico Administrativo del SG-SST

Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA

Profesional – Talento Humano Subg. A.F.

Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA

Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo

Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCÍA

Asesor Jurídico

Verificó Experiencia Requerida y Relacionada

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6203229908

PÓLIZA No: 620 -89 - 994000001433 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **VILLAVICENCIO** COD AGE: 620 RAMO: 89 PAP:

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|-------|
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| 27 | 02 | 2026 | 23:59 | 26 | 02 | 2027 | 23:59 | 26 | 02 | 2027 | 23:59 |

FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/02/2026 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 26/02/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA DEL ANEXO: 26/02/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA DEL ANEXO: 26/02/2026 A LAS 23:59 VIGENCIA DEL ANEXO: 26/02/2026 A LAS 23:59

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1121.899.022**

DIRECCIÓN: **CL 17 A 08 09 PARAISO** CIUDAD: **GUMAL, META** TELÉFONO: **4978946**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1121.899.022**

DIRECCIÓN: **CL 17 A 08 09 PARAISO** CIUDAD: **GUMAL, META** TELÉFONO: **4978946**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **META** CIUDAD: **GUMAL**

DIRECCION: **CALLE 17A No. 8-9**

ACTIVIDAD: **MEDICO**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO | | \$ 150,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA | | 150,000,000.00 | |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO | | 150,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | | 150,000,000.00 | 0.00 |
| SUSTITUCION PROVISIONAL | | 150,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | | 15,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **MEDICO**

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

| | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|--|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***150,000,000.00 | VALOR PRIMA:
\$ *****126,975 | GASTOS EXPEDICION:
\$ ****15,000.00 | IVA:
\$ *****26,975 | TOTAL A PAGAR:
\$ *****168,950 |
|---|--|---|-------------------------------|--|

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|--|----------------------------------|-----------------|
| NOMBRE
INTERMEDIARIO | CLAVE
10379 | %PART
100.00 | NOMBRE COMPAÑIA
AGENCIA DE SEGUROS DIEGO ABELLA ASOC | COASEGURO CEDIDO
%PART | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|--|----------------------------------|-----------------|

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 A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/entidades-de-interesa/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000620322990

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE  EXT:CGUZMAN 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES.2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000001433 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

ASEGURADO: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
<https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

Cláusula de no renovación tácita o automática.

Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMMLV.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

Nº POLIZA: 994000001433 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

ASEGURADO: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NT 001-8

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o suyas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotrices.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Expatar en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUCCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUCCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DAÑOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad transmisible lesión personal o daño material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia o otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas.

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD.AGENCIA: 620

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000001433 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

ASEGURADO: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO

COD. AGENCIA: 620

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000001433 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

ASEGURADO: MAIRA NATALI TUNJANO RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1121.899.022

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.