

 E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN		Código: AG-G-0107		
		Vigencia: 2024-2027		
CALIDAD	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR475550010601		Copia Controlada	
	REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN			
			Versión: 3	Página 1 de 3

ENFERMERIA PROFESIONAL Y AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Nº	REQUISITOS	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Propuesta Laboral.	X		
2	Hoja De Vida Formato Único de La Función Pública O SIGEP	X		
3	Fotocopia De Cedula Ampliada Al 150%	X		
4	Declaración de Bienes y Rentas del Año Anterior. Nota: Si No declara renta ante la DIAN Diligenciar el Formato de Declaración de Bienes y Rentas para persona Natural de la Función Pública.	X		
5	Registro Único Tributario (RUT) vigente	X		
6	Resolución de Autorización de Ejercicio de la Profesión.	X		
7	Fotocopia de Tarjeta Profesional Ampliada al 150%		X	
8	Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS)	X		
9	Diploma y Acta de Grado de Bachiller	X		
10	Diploma y Acta De Grado Profesional (Pregrado) o (Técnica) Nota: Si el Título presentado fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia	X		
11	Otros estudios realizados (Diplomados, Cursos, Talleres, Certificaciones).	X		
12	Certificaciones que acrediten la experiencia laboral encargos afines	X		
13	Esquema de Vacunación	X		
14	Examen de Ingreso Medico Ocupacional vigencia anual			
15	Antecedentes Vigentes (Policía, Procuraduría y Contraloría)	X		
16	Certificados de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en el Régimen Contributivo (Salud, Pensión, ARL)	X		
17	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (vigente)	X		
18	Formato de Declaración de Origen de Fondos Y Desarrollo de Actividades Licitas-SARLAF (vigente)	X		
19	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)	X		
20	Certificado de Inhabilidades y Delitos Sexuales	X		
21	Pantallazo Usuario SECOP II como proveedor	X		
	ENFERMERA PROFESIONAL			
	Certificado Soporte Vital Básico Y Avanzado SVB-A Vigente. (Todos los servicios)			
	Certificado Soporte Vital Avanzado Pediátrico- Neonatal (Vigente)			

Elaboro: Auditora de Calidad	Revisó: Subgerencia Científica - Talento Humano- Contratación	Aprobó: Gerente
------------------------------	---	-----------------

			Código: AG-G-0107	
			Vigencia: 2024-2027	
CALIDAD	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601		Copia Controlada	
	REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN		Versión: 3	Página 2 de 3
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM)			
	Certificado Curso Cuidado Básico Neonatal			
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Todos los servicios)			
	Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)			
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)			
	Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)			
	Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)			
	Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)			
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)			
	Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico (Todos los servicios)			
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Todos los servicios)			
	<u>Requisitos Ruta Materno- perinatal.</u> (Servicio de Atención del Parto) Constancia Curso manejo de Emergencias Obstétricas			
	Constancia Curso Inserción de Implantes subdérmico- DIU			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
	Certificado Soporte Vital Básico SVB vigente. (Todos los servicios)			PENDIENTE CURSO EN TRAMITE
	Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)	X		
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)	X		
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Servicios Consulta Ext, Hospitalización)	X		
	Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)	X		
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)	X		
	Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	X		

Elaboro: Auditora de Calidad	Revisó: Subgerencia Científica - Talento Humano- Contratación	Aprobó: Gerente
-------------------------------------	--	------------------------

		Código: AG-G-0107	
		Vigencia: 2024-2027	
CALIDAD	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601		Copia Controlada
	REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN		
	Clínico.		
	Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)		PENDIENTE CURSO EN TRAMITE
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM)		X
	Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)		X

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento a los Estándares y Criterios del Sistema Único de Habilitación según Resolución N.3100/2019.
 -Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento Ruta Materno-Perinatal según Resolución 3280/2028. Y Lineamientos Técnicos en Desnutrición Resolución 2350/2020.
 -Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento por ser territorio Endémico, Curso de Atención y Manejo clínico

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS, **Identificado (a) con** Cédula de Ciudadanía N° 1.093.772.085 de Profesión Auxiliar de Enfermería AUTORIZO que la ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR Y CONSULTAR, mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc. y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por la institución con fines de contratación.

FIRMA: Wendy Jolany Corredor C Fecha: 20 DE MARZO DE 2026

AREA CONTRACTUAL

Supervisor de Contrato: _____ Revisó: _____ Aprobó: _____ Firma: _____
 Área de Talento Humano: _____ Revisó: _____ Aprobó: _____ Firma: _____
 Área de Contratación: _____ Revisó: _____ Aprobó: _____ Firma: _____

Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante.

PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Señores

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN

Esta comunicación tiene por objeto presentar propuesta para Prestar servicios Técnicos como Auxiliar de Enfermería en la **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON** Así mismo, declaro que:

1. Tengo capacidad legal para presentar cada uno de los ofrecimientos hechos en esta propuesta.
2. La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
3. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales, de conformidad con los artículos 8º y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; de las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas en los artículos 26, numeral 7, y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1, de la misma norma. De igual forma, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

De igual manera, declaro que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad por las conductas establecidas en los literales a), b) y c) del artículo 90 de la ley 1474 de 2011.

4. No he efectuado acuerdos colusorios con otros proponentes o miembros integrantes de otros proponentes o cualquier interesado en proveer bienes y/o servicios relacionados con la contratación, en contra de terceros o de la Entidad, para distorsionar o defraudar el presente proceso de selección o contrariar la libre competencia.
5. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
6. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he sido multado por Entidad Oficial por incumplimiento de contrato estatal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los cinco (5) últimos años anteriores a la fecha de presentación del presente documento.
7. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
8. El valor total de la oferta, las demás deducciones de ley y erogaciones a que haya lugar, asciende a la suma de \$ **1.900.000** M/cte.
9. Suministro la siguiente información:



Nombre:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Nº de documento:

C.C. 1.093.772.085



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CORREDO R		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARDENAS		NOMBRES WENDY JOLANY	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>1093772085</u>		GENERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>16</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1994</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u> MUNICIPIO <u>PLATO</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VILLA CONSUELO PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u> MUNICIPIO <u>PLATO</u> TELÉFONO <u></u> EMAIL <u>wendycorredorcardenas76@gmail.</u>			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSITUTO TECNICO DEL NORTE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2022

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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 ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	03	Año	2026	Día	31	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852065		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2026	Día	28	Mes	02	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	31	Mes	01	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2025	Día	30	Mes	11	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2025	Día	31	Mes	10	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR EENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN AVENIDA 1444 14 14 LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	05	Año	2025	Día	31	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CALLE 14 null null los contenedores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2025	Día	30	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CALLE 14 null null los cotenedores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CALLE 14 null null los contenedores					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	28	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA MATERNIDAD					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 141 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	28	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-14 BARRIO JUAN XXIII						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN - CL . 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO						PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA						DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON						PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día	30	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON						PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIALOS CONTENEDORES				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON						PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	05	Año	2024	Día	30	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN - CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3027144988		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	03	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3027144988		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA MATERNIDAD						DIRECCIÓN CALLE 14 14 14 LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3225677822		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	30	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD						DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3027149188		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA			DEPENDENCIA APOYO EN AUXILIAR DE ENFERMERI					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 14 LOS COTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 1144 LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR EN ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Plato Magdalena 20 de marzo de 2026

Wendy Yolany Corredor

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:53:39 PM horas del 20/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1093772085**

Apellidos y Nombres: **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293265561



PIB

17:54:31

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1093772085:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

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

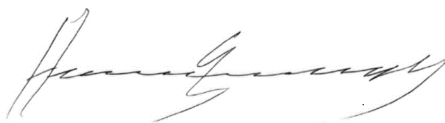
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 20 de marzo de 2026, a las 17:55:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1093772085
Código de Verificación	1093772085260320175525

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 **Consulta Ciudadano**

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

1093772085

Fecha Expedición:

23/04/2012

Q

Q Nueva Busqueda

 Validar Policía

 Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

 Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/03/2026 05:52:55 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1093772085**
de Nombre: CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	F
47-555-6-2025-77	002	1093772085	CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	N

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

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 identificación corresponda con el documento de identidad suministrado.

Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución www.policia.gov.co, mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
 - Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
 - Ser nombrado o ascendido en cargo público.
 - Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
 - Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
 - Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Información		515 9000
 Dios y Patria	Policía Nacional de Colombia Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112	 COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
		 GOV.CO

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1093772085** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **CLINICA INMACULADA CONCEPCION IPS**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **01/10/2023**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 20 de marzo del 2026. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.772.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado con CC. 1093772085 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN
Tipo y Numero de Documento	NI - 819001483

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/07	Fecha inicio contrato	2026/02/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/05/31
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de marzo del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20032026W1093772085C14467312**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

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

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





SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1	Copia Controlada	
	CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Versión: 3	Página 1 de 2

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO		Wendy Jolany Corredor cardenas		TIPO ID	C.C
NÚMERO ID	1.093.772.085	DIRECCIÓN:	Carrera 11 # 11-35		
CIUDAD:	Plato	DEPARTAMENTO:	Magdalena	PAÍS:	Colombia
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR:	3225677822	OTRO:	
EMAIL:	wendyyljean@hotmail.com				
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: ☐ SI / ☒ NO			¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ☐ SI / ☒ NO		
¿TIENE CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?: ☐ SI / ☒ NO					
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ☐ SI / ☒ NO					

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL		NIT:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		OTROS:	
EMAIL:		CELULAR:	
		PÁGINA WEB	
CIUDADES		SUCURSALES:	
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ☐ SI / ☐ NO			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA/REPRESENTANTE LEGAL	Documento de Identificación	
	Teléfono Directo	
	e-mail	
	Es persona expuesta públicamente? ☐ SI ☐ No	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: ☐ SI / ☐ NO	IMPORTACIONES: ☐ SI / ☐ NO	EXPORTACIONES: ☐ SI / ☐ NO
INVERSIONES: ☐ SI / ☐ NO	PRESTAMOS: ☐ SI / ☐ NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ☐ SI / ☐ NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio):

Mis recursos provienen de mis actividades como técnico en auxiliar de enfermería en la ESE Hospital Fray Luis Leon

EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:

DECLARACIONES

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

Elaboró: Subgerencia Científica

Aprobó: Subgerencia Científica

N. 819001483-1

D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

esehospitalfrayluisdeleon Fray Luis De Leon



SUBGERENCIA CIENTIFICA		Vigencia: 2024-2027	
Código: AM-SC-01	NIT: 819001483-1 CÓDIGO DE PRESTADOR: 4755500106	Copia Controlada	
		Versión: 3	Página 2 de 2

(amos) a mantener indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, administradores y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo (nosotros) hubieremos proporcionado.

9. Conforme al Art. 83 de la Constitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el presente formato son correctos y fiel expresión de la verdad.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera voluntaria el uso y tratamiento de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo establecido en la LEY 1581 de 2012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

En constancia de haber leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 20 días del mes de marzo del 2026

Wendy Golan y Corredor
FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

Plato Magdalena 20 de marzo de 2026
CIUDAD Y FECHA

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

OBSERVACIONES

Elaboró: Subgerencia Científica

Aprobó: Subgerencia Científica

N. 819001483-1

D. Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

C. gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

Tel: 6054852065

esehospitalfrayluisdeleon Fray Luis De Leon



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 1093772085 **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 20/03/2026 06:05 PM



Código Verificación: **WKZMJ18C9R**

Válida hasta: **18/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:06:46 horas del 20/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093772085**,
Apellidos y Nombres **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON**, con NIT **819001483-1** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

Página 1 / 1

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO
802073351
RM26575
0900291250
DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIP CERTIFICADO:

Nueva producción

FECHA EXPEDICION:

24 04 2025

TOMADOR		WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		C.C. O NIT: 1093772085		7	
DIRECCIÓN:		CR 11 11 35		CIUDAD:		PLATO	
E-MAIL:		WENDYYJEAN@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:		3548564	
ASEGURADO:		WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		C.C. O NIT:		1093772085	
DIRECCIÓN:		CR 11 11 35		CIUDAD:		PLATO	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT:		0000000000	
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		TEL.	
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN		PESOS	
DESD E		HASTA		ANTERIOR		NUEVA	
DD MM AAAA		DD MM AAAA				250,000,000.00	
24 04 2025		24 04 2026					
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	PESOS
							130,000.00
							0.00
							24,700.00
							154,700.00
AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA EN	DEDUCIBLE
		Desde	Hasta	ANTERIOR EN PESOS	NUEVO EN PESOS	PESOS	%
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		24-04-2025	24-04-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	10
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		24-04-2025	24-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		24-04-2025	24-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		24-04-2025	24-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		24-04-2025	24-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR EN ENFERMERIA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRUCCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O INCUMPLIMIENTO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TÉCNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04



(415)7709998911901(8020)0900291250

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.594

TOMADOR

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión:

Thu, 24 Apr 2025 09:21:15

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CONFIANZA****Swiss Re**
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)0900291250

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co**CONFIANZA****Swiss Re**
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)0900291250

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

**CONFIANZA****Swiss Re**
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Cupidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)0900291250

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co**CONFIANZA****Swiss Re**
Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movilred

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Cupidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

Referencia para pago electrónico:

0900291250

Nit: 1093772085

DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802073351

Certificado: RM26575

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$

154,700

FECHA DE

DD MM AAAA

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TOTAL	



(415)7709998911901(8020)0900291250

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co