

Marzo- 30- plato magdalena

Señores:

E.S.E. FRAY LUIS DE LEON

NIT: 891001-483-1.

ASUNTO: **PROPUESTAS Y JUSTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA EL AREA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Ofrezco mis servicios como Auxiliar de enfermería con una excelente preparación académica, con sumo interés su oferta de empleo. Mi experiencia se ajusta a los requisitos que solicitan para trabajar en la E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Estoy segura que seré de gran aporte para la empresa.

Con aproximadamente 1 años de experiencia laboral poseo un gran conocimiento en la aplicación de medicamentos, toma de signos vitales y control de los mismos, canalización de pacientes, excelente manejo como rotador en las áreas.

DESARROLLAR LABORES DE ENFERMERA EN EL ENTORNO CLÍNICO Y HOSPITALARIO Además de experiencia y de las cualidades personales, tengo una sólida base educativa y gran interés vocacional, por lo que sería para mí una excelente oportunidad de contribuir a alcanzar sus objetivos en la atención de pacientes.

VALOR: \$ 1.900.000

Atentamente:

Andrea Bolaño Arrieta

ANDREA BOLAÑO ARRIETA

CC.1.128.146.815 Nueva granada Magdalena



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BOLAÑO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARRIETA		NOMBRES ANDREA CAROLINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1128146815		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 DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="2006"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS		
DEPTO MAGDALENA			DEPTO		
MUNICIPIO PLATO			MUNICIPIO		
			TELÉFONO		
			EMAIL andrecarolinabolanos8@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	EDUCACION MEDIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2020	

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)

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2026	Día	31	Mes	03	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2026	Día	28	Mes	02	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						

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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	31	Mes	01	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2025	Día	30	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2025	Día	31	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
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 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	30	Mes	09	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> MAGDALENA			<i>MUNICIPIO</i> PLATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 4850633			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 269/2016 CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> MAGDALENA			<i>MUNICIPIO</i> PLATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3127502699			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 049/2013 CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> MAGDALENA			<i>MUNICIPIO</i> PLATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 4850633			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> MAGDALENA			<i>MUNICIPIO</i> PLATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 4850633			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 123/2013 CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> MAGDALENA			<i>MUNICIPIO</i> PLATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 4580633			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 049/2013 CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 14 10 15						

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento plato magdalena 30 de marzo 2026

Andrea Bolaño Arrieta

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289896530



PIB
11:27:55
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1128146815:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
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.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:58:19 PM horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1128146815**

Apellidos y Nombres: **BOLAÑO ARRIETA ANDREA CAROLINA**

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)



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

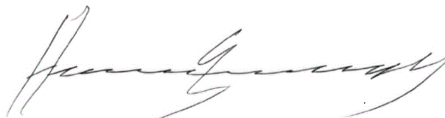
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de marzo de 2026, a las 11:27:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1128146815
Código de Verificación	1128146815260126112728

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



CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA identificado(a) con CC 1128146815 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2016

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: UTBIENESTARIPS CLINICA AVIDANTI SANTAMARTA-PLATO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud el (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 días Del mes 3 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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA identificado con CC. 1128146815 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	2025/07/04	Fecha inicio contrato	2026/01/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/01/31
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo	Estado del contrato	Activo
Fecha retiro			

Esta certificación se expide a los 30 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: **CC26012026A1128146815B3879952**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPANÍA 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

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



**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:

ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.146.815**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

		Código: AG-G-01	
		Vigencia: 2022-2024	
SUBGERENCIA CIENTIFICA	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601		Copia Controlada
			Versión: 2 Página 1 de 1

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO		ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA		TIPO ID	CC
NÚMERO ID	1128146815	DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	PLATO	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAÍS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR:	3127502699	OTRO:	
EMAIL:	Andreacarolinabolaño8@gmail.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					
RAZON SOCIAL				NIT:	

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAÍS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		OTROS:		FAX:	
EMAIL:		CELULAR:		PÁGINA WEB	
CIUDADES			SUCURSALES:		

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):

EL ORIGEN DE LOS RECURSOS PROVIENEN DE MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE 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

		Código: AG-G-01	
		Vigencia: 2022-2024	
SUBGERENCIA CIENTIFICA	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601	Copia Controlada	
		Versión: 2	Página 1 de 1

(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) hubiéremos 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 _____ días, del mes de _____ del año 2025.

Andrea Bolaño Arrieta

FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

PLATO MAGDALENA
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



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, 30/03/2026 03:44:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1128146815** y Nombre: **ANDREA CAROLINA BOLAÑO ARRIETA.**

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. **133500315** . 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 Busqueda

Imprimir

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



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 20:10:43 horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1128146815**, Apellidos y Nombres **BOLAÑO ARRIETA ANDREA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FARY 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.

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



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MIN TIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el (la) ciudadano (a) con número de identificación CC 1128146815 **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 30/03/2026 09:29 AM



Código Verificación: **YEHFDUVM 62**

Válida hasta: **30/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MIN TIC**

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



PÓLIZA 802070058
CERTIFICADO RM26266
REFERENCIAPAGO 0900280505
ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** 19 04 2025

TOMADOR ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C.O NIT: 1128146815	9
DIRECCION: CR 19 A 24 12	EMAIL: IBETHARRIETATE@GM AIL.COM	CIUDAD: PLATO	TELÉFONO: 3215523706
ASEGURADO: ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C.O NIT: 1128146815	
DIRECCION: CR 19 A 24 12		CIUDAD: PLATO	TEL: 3215523706
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C.O NIT: 0000000000	
DIRECCION:		CIUDAD:	TEL:
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN	PESOS
DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACION
19 04 2025	19 04 2026		NUEVA 250,000,000.0

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONED	VALORES
100.00	CENTAURYSEGUROSLTDA					PRIMA NETA	PESOS	1,100.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0
						IVA	PESOS	24,700.00
						TOTAL		154,700.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE
	Desde	Hasta				
R.CIVIL PROFESIONES MEDICAS	19-02-2025	19-02-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGURO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN MÉDICA, SI EL SINISTRO REFERENTE OCURRE DENTRO DEL PERÍODO 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, se a consecuencia de: epidemia, virus, pandemia y/o emergencia pública declaradas; enfermedades infecciosas, transmisibles y/o contagiosas (se trate de manifestaciones reales o de sospecha)

PROFESION AUXILIAR EN ENFERMERA

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPANIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PERDIDA, RECLAMACION 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 COMPANIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS, SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPANIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, 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 DEVENIDA 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 INICIACION 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 CONOCI 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. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN 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 LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO 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 PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION 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 PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION 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 TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

María Juana Herrera Rodríguez
 CC: 52.420.596

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA



(415)7709998911901(8020)0900280505

TOMADOR

SUFO-1001

DOCUMENTO ORIGINALMENTE ORIGINAL ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



PÓLIZA 802070058
CERTIFICADO RM26266
REFERENCIAPAGO 0900280505
ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** 19 04 2025

TOMADOR ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C.O NIT: 1128146815	9
DIRECCION: CR 19 A 24 12	EMAIL: IBETHARRIETATE@GMAIL.COM	CIUDAD: PLATO	TELÉFONO: 3215523706
ASEGURADO: ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C.O NIT: 1128146815	
DIRECCION: CR 19 A 24 12	CIUDAD: PLATO	TEL: 3215523706	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C.O NIT: 0000000000	
DIRECCION:		TEL:	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACION	NEUEVA
19 04 2025	19 04 2026			250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	130,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.0
						IVA	PESOS	24,700.00
						TOTAL		154,700.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta					Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	19-02-2025	19-02-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	1	100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0	1	100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0	1	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0	1	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0	1	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINISTRO REFERENTE INCURRE SE 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, se a consecuencia de, o en el curso de, a tribuible, o en cualquier modo de relación o 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 FARMACIA

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPANIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARA OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PERDIDA, RECLAMACION 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 COMPANIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS SANCIONES COMERCIALES O ECONOMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPANIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, 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 DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION 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 CONOCI 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. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN 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 LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, 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 PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION 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-0001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM04

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
 CC: 52.420.596

SUFO-1001

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIME RACOPA - GARANTIZADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



PÓLIZA 802070058
CERTIFICADO RM26266
REFERENCIAPAGO 0900280505
ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** 19 04 2025

TOMADOR ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C. O NIT: 1128146815	9
DIRECCION: CR19 A 24 12	EMAIL: IBETHARRIETATE@GM AIL.COM	CIUDAD: PLATO	TELÉFONO: 3215523706
ASEGURADO: ANDREACAROLINA BOLANO ARRIETA		C.C. O NIT: 1128146815	
DIRECCION: CR19 A 24 12		CIUDAD: PLATO	TEL: 3215523706
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000	
DIRECCION:		CIUDAD:	TEL:
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 19 04 2025	HASTA 19 04 2026		250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA				
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURYSEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	13 0,00 .00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.
						IVA	PESOS	24,700.00
						TOTAL		154,700.00

AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
		Desde	Hasta				Mínimo	
R.CIVIL PROFESIONES MEDICAS		19-02-2025	19-02-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	100,000.	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		100,000.	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		100,000.	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		900,000.	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00		900,000.	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGURO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN MÉDICA, SI EN SU INTERIOR REFERENTE INCURRE SE 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, se a consecuencia de reclusión, detención, atribución, o en cualquier modo relacionado o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se trata 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 PERDIDA, 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 RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION 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 CONOCI 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. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN 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 LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO 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 PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION 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 TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



(415)7709998911901(8020)0900280505

Maria Juana Herrera Rodriguez

Maria Juana Herrera Rodriguez
 CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUN COPIA - INTERMEDIARIO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



PÓLIZA 802070058
 CERTIFICADO RM26266
 REFERENCIAPAGO 0900280505
 ELECTRONICO DD MM AAAA

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: YBARRETO.EXT TIP CERTIFICADO: Nueva producción FECHA EXPEDICION: 19 04 2025

TOMADOR ANDREACAROLINA BOLAÑO ARRIETA		C.C. O NIT: 1128146815	9
DIRECCIÓN: CR 19 A 24 12	E-MAIL: IBETHARRIETATE@GMAIL.COM	CIUDAD: PLATO	TELÉFONO: 3215523706
ASEGURADO: ANDREACAROLINA BOLAÑO ARRIETA		C.C. O NIT: 1128146815	
DIRECCIÓN: CR 19 A 24 12		CIUDAD: PLATO	TEL: 3215523706
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TEL:

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DESD E DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESD E 19 04 2025	HASTA 19 04 2026		250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA				
%PART	NOMBRE	COMP AÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURYSEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	130,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN IVA	PESOS	0.00
						TOTAL	PESOS	24,700.00
								154,700.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
R.CIVIL PROFESIONES MEDICAS	19-02-2025	19-02-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	1	100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	1	100,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	1	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	1	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	19-02-2025	19-02-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	1	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA ASEGURADO A CONSECUENCIA DE LA VIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINISTRO REFERENTE INCURRE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RESGATO.

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, se a consecuencia de: terremoto, inundación, incendio, explosión, guerra, revolución, epidemia, pandemia, virus, SARS-CoV-2, o emergencia pública declaradas; enfermedades infecciosas, transmisibles y contagiosas (sea tratadas o no manifestaciones reales o de sospecha).

PROFESION AUXILIAR EN FARMACIA

EXCLUSIÓN DE TRANSCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMP AÑIA NO PROVEERA 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 COMP AÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMP AÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, 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 DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION 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 CONOCI 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. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN 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 LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO 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 PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE M INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION 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-06-5U-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

TOMADOR _____

COMP AÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
 CC: 52.420.596



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA