

PROPUESTA LABORAL

MARTIN ELIAS PUELLO GUERA

cel.: 3014192721

Plato Magd 01/04/2026

E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON.

Como técnica en auxiliar de enfermería con una excelente preparación académica, he leído con sumo interés su oferta de empleo para aux. de enfermería. Mis requisitos se ajustan a los requeridos para trabajar en la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Estoy seguro que podre aportar un gran apoyo a su empresa.

Con más de 4 años de experiencia adquiridos, como auxiliar de enfermería, estoy capacitad en la administración de medicamentos, la comprobación de signos vitales y el control de síntomas. Por otro lado, mi trayectoria profesional ha afianzado toda una serie de habilidades como es la capacidad de observación y carácter resolutivo. Así mismo me destaco en los siguientes objetivos.

Desarrollar actividades de enfermería

- coordinar con la enfermera todo lo relativo al cuidado del paciente aplicando los protocolos requeridos.
- Realizar las diferentes tareas cumpliendo todas las normas, procedimiento y reglamentos
- presentar aportes de seguridad social.

Además de mi sólida base educativa tengo un gran valor vocacional por el cuidado de la salud de los pacientes.

PROPUESTA ECONOMICA

teniendo en cuenta el objetivo, mis cualidades y conocimiento como técnico auxiliar de enfermería mi propuesta de honorarios mensuales 1.800.000 (un millón doscientos mil pesos).

Agradezco su colaboración y quedo atenta a una respuesta positiva para fijar.

Martin Puello G.

MARTIN PUELLO GUERRA
C.C 1081931346 DE PLATO MAGD.



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 PUELLO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUERRA		NOMBRES MARTIN ELIAS	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1081931346		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" 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			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 28 MES 11 AÑO 1998			BARRIO VILLA VENEZUELA		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO MAGDALENA			DEPTO MAGDALENA		
MUNICIPIO PLATO			MUNICIPIO PLATO		
			TELÉFONO		
			EMAIL martineliaspuelloguerra@gmail.		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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
CEDELCA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2020

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 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 48510160			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2026	Día	31	Mes	03	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 10 15 10 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 3226064131			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2026	Día	28	Mes	02	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 14 15 null 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	01	Año	2026	Día	31	Mes	01
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 10 14 null Avenida 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	12	Año	2025	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 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 4851016			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2025	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 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 4851016			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2025	Día	31	Mes	10
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 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 6054852065			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	09	Año	2025	Día	30	Mes	09
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN				

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 4812548			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAQ			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 null null 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 48101248			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2025	Día	31	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CPS - CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 null null 10-12 BARRIO JUAN 23						
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 48101230			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTAF			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 null null 10 12 barrio juan 23						
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	04	Año	2025	Día	31	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN CALLE 14A BIS B ESTE 10 15 barrio juan 23						
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 3014192721			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	31	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN Calle 14 #10-15 barrio juan 23						

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 3106960514			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE CIRUGIA					DIRECCIÓN						
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	24	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR 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 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	09	Año	2024	Día	27	Mes	09	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	08	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL. 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			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR 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	06	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR 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	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	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	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR 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	03	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Martin Puello G.

01 - 04 - 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:51:42 AM horas del 02/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1081931346**

Apellidos y Nombres: **PUELLO GUERRA MARTIN ELIAS**

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. 293773504



PIB
20:30:12
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de abril 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) MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081931346:

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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamiento con el Ciudadano.

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

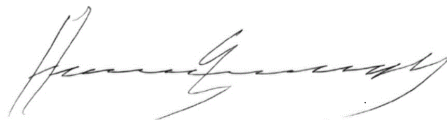
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 01 de abril de 2026, a las 21:13:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081931346
Código de Verificación	1081931346260401211327

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) **PUELLO GUERRA MARTIN ELIAS** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1081931346** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO PLATO**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **01/08/2022**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 01 de abril 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:

MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.931.346**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Abril 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.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA identificado con CC. 1081931346 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	Estado del contrato	Activo
Fecha retiro			

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de abril 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: **CC01042026M1081931346P15561302**. 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

		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		MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA		TIPO ID	C.C
NÚMERO ID	1081931346	DIRECCIÓN:	CALLE 6 # 6-30 BARRIO POLICARPA		
CIUDAD:	PLATO	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAÍS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR:	3014192721	OTRO:	
EMAIL:	xmartineliaspuelloguerra@gmail.c				
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO		¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO			
¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO					
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO					

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

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

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA/REPRESENTANTE LEGAL	Documento de Identificación
	Teléfono Directo
	e-mail
Es persona expuesta públicamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	IMPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	EXPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
INVERSIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	PRESTAMOS: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> 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 económicos provienen de mi labor como auxiliar de enfermería 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

Elaboró: Subgerencia Científica

Aprobó: Gerencia

		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) 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 ____ días, del mes de _____ del año 20____.

Martin Puello.

FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

Plato, Magdalena
01/04/2026

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: Gerencia

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 05:53:08 horas del 02/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1081931346**, Apellidos y Nombres **PUELLO GUERRA MARTIN ELIAS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **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

PROPUESTA LABORAL

MARTIN ELIAS PUELLO GUERA

cel.: 3014192721

Plato Magd 02/03/2026

E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON.

Como técnica en auxiliar de enfermería con una excelente preparación académica, he leído con sumo interés su oferta de empleo para aux. de enfermería. Mis requisitos se ajustan a los requeridos para trabajar en la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Estoy seguro que podre aportar un gran apoyo a su empresa.

Con más de 4 años de experiencia adquiridos, como auxiliar de enfermería, estoy capacitad en la administración de medicamentos, la comprobación de signos vitales y el control de síntomas. Por otro lado, mi trayectoria profesional ha afianzado toda una serie de habilidades como es la capacidad de observación y carácter resolutivo. Así mismo me destaco en los siguientes objetivos.

- Desarrollar actividades de enfermería
- coordinar con la enfermera todo lo relativo al cuidado del paciente aplicando los protocolos requeridos.
- Realizar las diferentes tareas cumpliendo todas las normas, procedimiento y reglamentos
- presentar aportes de seguridad social.

Además de mi sólida base educativa tengo un gran valor vocacional por el cuidado de la salud de los pacientes.

PROPUESTA ECONOMICA

teniendo en cuenta el objetivo, mis cualidades y conocimiento como técnico auxiliar de enfermería mi propuesta de honorarios mensuales 1.800.000 (un millón doscientos mil pesos).

Agradezco su colaboración y quedo atenta a una respuesta positiva para fijar.

Martin Puello G.

MARTIN PUELLO GUERRA
C.C 1081931346 DE PLATO MAGD.

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción

TOMADOR	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	C.C. O NIT: 1081931346	3
DIRECCIÓN:	BRR VILLA VENEZUELA	CIUDAD:	PLATO
E-MAIL:	MPUELLOGUERRA1@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3121737049
ASEGURADO:	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	C.C. O NIT: 1081931346	
DIRECCIÓN:	BRR VILLA VENEZUELA	CIUDAD:	PLATO
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	TEL:	3121737049
DIRECCIÓN:		C.C. O NIT:	0000000000

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2025	HASTA 30 04 2026			250,000,000.00

%PART	INTERMEDIARIO	COASEGURO			PRIMA			
		COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	130,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						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	30-04-2025	30-04-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

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 RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA 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 POLIZA. 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 POLIZA 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. 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 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 POLIZA 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. AUTORIZACIÓN 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 INEQUÍVOCAS 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 TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04



Manuscrita
 María Juana Herrera Rodríguez
 CC: 62.420.196

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

TOMADOR

SJ-FG-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

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

Fecha de Impresión: Wed, 30 Apr 2025 14:48:42

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

PÓLIZA CERTIFICADO 802073725
REFERENCIA PAGO RM26614
ELECTRONICO 0900292525
DD MM AAAA 30 04 2025
FECHA EXPEDICION: 30 04 2025

UBICACION: SANTA MARTA USUARIO: YBARRETO.EXT TIP CERTIFICADO: Nueva producción

Form fields for TOMADOR (MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA), DIRECCIÓN, E-MAIL, ASEGURADO, BENEFICIARIO, and C.C. O NIT.

Table with columns: DO MM AAAA DESDE, DO MM AAAA HASTA, ANTERIOR, VALOR ASEGURADO EN PESOS (ESTA MODIFICACIÓN, NUEVA), and VALORES (250,000,000.00).

Table with columns: INTERMEDIARIO (%PART, NOMBRE), COASEGURO (COMPañIA, %, PRIMA, VALOR ASEGURADO), and PRIMA (TRM, MONEDA, VALORES).

Table with columns: AMPAROS, VIGENCIA (Desde, Hasta), VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS, VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS, VALOR PRIMA EN PESOS, and DEDUCIBLE (% and Mínimo).

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...

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA...

ESTA POLIZA 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 POLIZA. 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...



Handwritten signature of Maria Juana Herrera Rodriguez

Maria Juana Herrera Rodriguez CC: 52.428.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

TOMADOR

SU-FO-10-01

NIT: 860.070.374-9
UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción

TOMADOR	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	C.C. O NIT:	1081931346	3
DIRECCIÓN:	BRR VILLA VENEZUELA	CIUDAD:	PLATO	
E-MAIL:	MPUELLOGUERRA1@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3121737049	
ASEGURADO:	MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA	C.C. O NIT:	1081931346	
DIRECCIÓN:	BRR VILLA VENEZUELA	CIUDAD:	PLATO	TEL: 3121737049
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	0000000000	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TEL:

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DO	MM	AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	30	04	2025	HASTA	30 04 2026
			250,000,000.00		

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	130,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						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	30-04-2025	30-04-2026	0.00	250,000,000.00	130,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	100,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2025	30-04-2026	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

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 TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA 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 COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

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 POLIZA. 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 POLIZA 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 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 POLIZA 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. AUTORIZACIÓN 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 INEQUÍVOCA 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 TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMLPCM04



Maria Juana Herrera Rodriguez

Maria Juana Herrera Rodriguez
 CC: 82.420.196

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

TOMADOR

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 No 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Fecha de Impresión: Wed, 30 Apr 2025 14:48:46

VITAFUVA DE COLOMBIA



Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900292525

Nit: 1081931346 DV: 3

Tomador: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA

Póliza: 802073725 Certificado: RM26614 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: Grupo Éxito-Carulla Copidrogas, Surtimax Red Cerca, Olímpica EDEQ, Movilred Full recarga, Grupo Gelsa, Corresponsal Daviplata-punto red. Otros consúltelos en nuestra página web.

Table with columns: CANTIDAD DE CHEQUES, COD. BANCO, CHEQUE No., VALOR. Rows include CHEQUES \$, EFECTIVO \$, and (*) TOTAL.



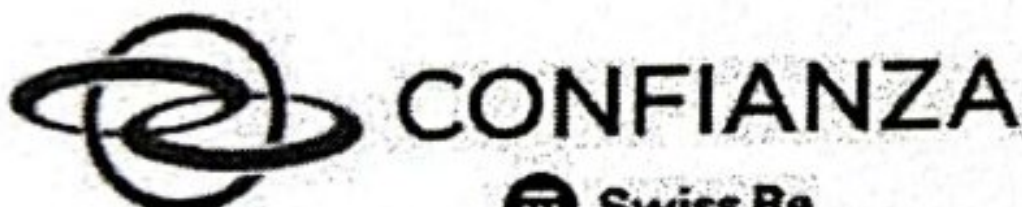
(415)7709998911901(8020)0900292525

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



Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico:

0900292525

Nit: 1081931346 DV: 3

Tomador: MARTIN ELIAS PUELLO GUERRA

Póliza: 802073725 Certificado: RM26614 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: Grupo Éxito-Carulla Copidrogas, Surtimax Red Cerca, Olímpica EDEQ, Movilred Full recarga, Grupo Gelsa, Corresponsal Daviplata-punto red. Otros consúltelos en nuestra página web.

Table with columns: CANTIDAD DE CHEQUES, COD. BANCO, CHEQUE No., VALOR. Rows include CHEQUES \$, EFECTIVO \$, and (*) TOTAL.



(415)7709998911901(8020)0900292525

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