ANEXO 1 -
CARTA DE PRESENTACIÓN

Montería, 19 de marzo de 2026

Señores
UNIVERSIDAD DE CORDOBA
Aten. Oficina de Contratación Ciudad

Ref. Invitación Pública No. **UC156-2026**

El suscrito MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.067.858.186 expedida en Montería, me permito presentar propuesta para PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍCA CLÍNICA, PROCEDIMIENTOS, DIANOSTICOS Y TERAPEUTICOS, CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACTUALIZADOS POR MEDIO DE LA (RESOLUCIÓN 2718- 2024) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.

Los términos de esta propuesta han sido formulados con base en las especificaciones contenidas en los estudios previos. Declaro aceptar y haber entendido en toda su extensión sus alcances y significado.

El suscrito declara:

1.- Bajo la gravedad del juràmento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que, en el evento de resultar adjudicatario de esta contratación, cumpliré con todo lo ofrecido en dicha propuesta

2.- Que ninguna Persona Natural o Jurídica diferente del proponente tiene interés en la propuesta que presento ni en el contrato que pudiera celebrarse y que, en consecuencia, sólo compromete al abajo firmante.

3.- Que se han examinado cuidadosamente los estudios previos e invitación correspondientes y se ha enterado perfectamente del significado de todo lo que en éste se expresa, se acepta su contenido y en caso que nos fuera adjudicado el contrato, nos obligamos a cumplir con todos los términos y condiciones que en él se estipulan.

4.- Que no estamos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 1150 del 2007 y 80 de 1993, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar.

5.- Que ejecutare el contrato de acuerdo con los precios relacionados en la propuesta.

6.- El Valor Total de la propuesta es de DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE ($10.000.000,00), incluidos todos los costos directos e indirectos; los precios de nuestra propuesta económica, constituyen la remuneración total que debemos recibir por PRESTAR LOS SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍCA CLÍNICA, PROCEDIMIENTOS,

DIANOSTICOS Y TERAPEUTICOS, CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACTUALIZADOS POR MEDIO DE LA (RESOLUCIÓN 2718-2024) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.

7.- En caso de que se nos adjudique el contrato, nos comprometemos a cumplir con las especificaciones.

8.- El anterior plazo ofertado que sometemos a consideración tiene una validez de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la CONTRATACIÓN.

9.- En caso de que se nos adjudique el contrato, nos comprometemos a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar todas las garantías solicitadas en los montos y vigencias indicadas.

10.- En el evento de resultar favorecido en la adjudicación, nos obligamos a aceptar la SUPERVISION designada por la UNIVERSIDAD DE CORDOBA.

11.- La propuesta sólo compromete a la firma que represento.

12.- La presente propuesta consta de CUARENTA Y OCO (48) folios debidamente numerados y se presenta en dos cuadernillos separados.

13.- Aceptamos que la presente propuesta no compromete a la UNIVERSIDAD DE CORDOBA. 14.- Aceptamos y conocemos la forma de pago señalada en las condiciones mínimas.

Para todos los efectos informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con esta Contratación la recibiremos en:

NOMBRE PROPONENTE	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Dirección electrónica	meliespitia25@gmail.com
CC N°	1.067.858.186
Celular	3007689611
Ciudad	Montería

Firma del proponente o de su Representante Legal

PROPUESTA ECONOMICA CONSULTA Y PROCEDIMIENTO DERMATOLOGIA AÑO 2026
UNIVERSIDAD DE CORDOBA
CORDIAL SALUDO
EN ARAS DE BRINDAR DE NUESTRO SERVICIO MEDICO ESPECIALIZADO EN DERMATOLOGIA, NOS DIRIGIMOS A USTEDES, CON EL FIN DE ENVIAR COTIZACION Y PONER A SU CONOCIMIENTO NUESTRA TARIFA PARA AÑO 2026.
LOS SERVICIOS A PRESTAR POR LA DRA MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO SON LOS SIGUIENTES:

PROCEDIMIENTO	VALOR
BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO 860101	$ 120.000
RESECCION DE LESIONES POR CAUTERIZACION O FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL HASTA 6 LESIONES (863101)	$ 130.000
RESECCION DE LESIONES POR CAUTERIZACION O FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL MAS DE 6 LESIONES (863102)	$ 145.000
RESECCION DE LESIONES POR CAUTERIZACION O FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL ENTRE 3 -10 LESIONES (863104)	$ 135.000
RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN AREA GENERAL HASTA 3 CM 864101	$ 180.000
RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO ENTRE 3 CM – 5CM 864102	$ 180.000
RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN AREA ESPECIAL HASTA 1 CM 864201	$ 180.000
INFILTRACION DE MEDIACMENTO ENTRE HASTA 3 LESIONES 861401	$ 60.000
INFILTRACION DE MEDICAMENTO HASTA 5 LESIONES 861401	$ 75.000
INFILTRACION DE MEDICAMENTO MAS DE 5 LESIONES 861403	$ 110.000
RESECCION DE LESIONES POR CAUTERIZACION O FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL MAS DE DIEZ LESIONES (863105)	$ 160.000
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA ESPECIAL HASTA UN CENTRIMETRO (864201)	$ 140.000
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA ESPECIAL ENTRE UNO A DOS CENTRIMETRO (864202)	$ 160.000
CONSULTA DERMATOLOGIA AÑO 2026	$ 95.400

MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
CC 1067858186

3

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Espitia	CORDERO	Melissa Johana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1067858186	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 15 MES 02 AÑO 1988	calle 60a #11a-41
PAÍS colombia	PAÍS colombia DEPTO cordoba
DEPTO CORDOBA	MUNICIPIO monteria
MUNICIPIO monteria	TELÉFONO 3007689611 EMAIL MeLiespitia30@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICA	06	2016	1067858186
ES	3 AÑOS	X		DERMOTOLOGO	07	2019	1067858186

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

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

4

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD: clinica universitaria Medicina integral - Nuevo EPS	PÚBLICA:	PRIVADA: x	PAÍS: colombia
DEPARTAMENTO: Cordoba	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 6047976760	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 11 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL: Dermotologa	DEPENDENCIA: —	DIRECCIÓN: Cl 44 # A-282	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Nuevo EPS Centro medico Sota Moria	PÚBLICA:	PRIVADA: x	PAÍS: colombia
DEPARTAMENTO: CORDOBA	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 6046059350	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 01 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Dermotoba	DEPENDENCIA: —	DIRECCIÓN: a 16-96 Cl 16 # 16-2	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Clinica San Sebastian IPS	PÚBLICA:	PRIVADA: x	PAÍS: colombia
DEPARTAMENTO: Cordoba	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: C San_Sebastian IPS	
TELÉFONOS: 3330602523 1	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Dermotologa	DEPENDENCIA: —	DIRECCIÓN: cll 35-8-39	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Fundacion Porzeno	PÚBLICA:	PRIVADA: x	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: CORDOBA	MUNICIPIO:	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: fundacion porzeno.org.co	
TELÉFONOS: 7627809	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: Dermotologa	DEPENDENCIA: —	DIRECCIÓN: Cra 85 k nº 46b-66	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	3 mes
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6 años	3 mes

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 25/02/2026

JE.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

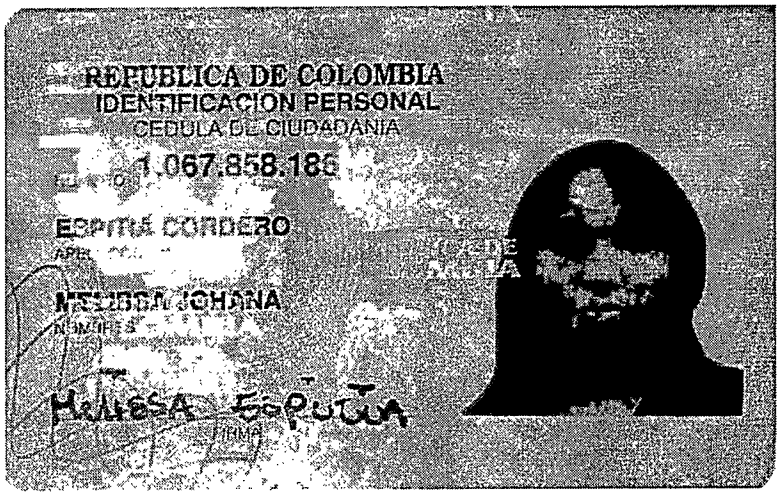
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1988
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
15-FEB-2006 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ HENAO LOPEZ
INDICE DERECHO
02184 06108A 02 208175155



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.067.858.186
ESPITIA CORDERO
APELLIDOS
MELISSA JOHANA
NOMBRES
FIRMA

7

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 15928099670

(415)7707212489984(8020) 000001482809967 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 6 7 8 5 8 1 8 6 — 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería — 1 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1 0 6 7 8 5 8 1 8 6

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Córdoba 2 3

30. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

31. Primer apellido: ESPITIA

32. Segundo apellido: CORDERO

33. Primer nombre: MELISSA

34. Otros nombres: JOHANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Córdoba 2 3

40. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CL 64 11 18 ED SAN JERONIMO TORRE DOS

42. Correo electrónico: meliespitia25@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 0 1 3 6 3 4 2 3 0

45. Teléfono 2: 3 0 0 7 6 8 9 6 1 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 4 1	2 0 0 8 0 9 0 3	8 6 2 1	2 0 1 9 1 1 2 6			6 1 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma — 56. Tipo

Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 12-03-2026 04:31:26PM

8

sigep II FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.067.858.186 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA

Dirección	CALLE 64 No 11-18 ED SAN JERONIMO TORRE 2	Teléfonos	3214492423

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EMILIO ANTONIO ESPITIA SEÑA	78.019.714	PADRE
MARTHA LIGIA CORDERO SALGADO	34.984.163	MADRE
KELLY PAOLA ESPITIA CORDERO	1.067.726.444	HERMAM
VICTORIA SALGADO ESPITA	NIP 1068449476	HIJA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	132.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	60.000.000
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 192.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	56903793380	MONTERIA	$ 5.000.000
BANCOLOMBIA	CORRIENTE	56900002305	MONTERIA	$ 2.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: X **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
CRISTIAN SALGADO ATENCIO	C.C. X C.E. T.I.	1.099.991.165

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Montería, 18 de enero de 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

9

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE — NIT 860.020.082-1

DIRECCION CR 15 A NRO. 120 - 74 — CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT. — TELEFONO 6196077

ASEGURADO MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO — CC 1.067.858.186

DIRECCION CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA — CIUDAD MONTERIA, CORDOBA — TELEFONO 3007689611

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
02 / 12 / 2025	20 / 12 / 2025	20 / 12 / 2026	20 / 12 / 2025	20 / 12 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: DERMATOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 969,400,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 969,400,000.00		

DEDUCIBLES: * 569,400,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: $*******969,400,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: $**********271,192.00

IVA: $ **********51,526.00

TOTAL A PAGAR: $ **********322,718.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 11021103715628 (3900) 000000322718 (96) 20261220

REFERENCIA PAGO: 1102110371562-8

62-03-101053996

FIRMA AUTORIZADA — CLIENTE — TOMADOR

JULIANANITOLA

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO			CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION S.C.A.R.E. /ESPITIA CORDERO MELISSA JOHANA

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/1067858186

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 20/12/2024 HASTA LAS 24 HORAS DEL 20/12/2025

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (afiliacion ininterrumpida como socio activo solidario de acuerdo con el contenido del convenio objeto de cobertura), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:
GRUPO 1
PRIMERA CONDENA
PRIMA ANTES DE IVA: $ 271.192
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 400.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: $ 569.400.000
VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: $ 969.400.000
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 200.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: $ 284.700.000

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA: DERMATOLOGA

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO			CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacin expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales, al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

DEDUCIBLES:400 SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 322.719

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE	NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO	CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO 3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencin en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccin asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacin in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.

17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

13

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO			CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacion del secreto profesional.

21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente pliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencin de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva.

36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO			CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

I-La accin de energa atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40.Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.

45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.

46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

51.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.
57.La responsabilidad Civil Extracontractual de predios, labores y operaciones.
58.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
59.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE	NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO 6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO	CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO 3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

c) La Enfermera asistente o un testigo
60.El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
61.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
62.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
63.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
64.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
65.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
66.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacin no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.El Asegurado real o presunta:
a.Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c.Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;

DEFINICIONES:

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o mas eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:

a) Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

b) En el evento en que con la primera indemnizacion no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningun caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definicion del numeral 5 SINIESTRO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido pliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupcion en la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

16

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101053996	7

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO			CC	1.067.858.186
DIRECCION	CALLE 60 N 12 75 B LA CASTELLANA	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3007689611
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la poliza.

-S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza o en el periodo de retroactividad (si es contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

-PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.
A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:
-Someter por escrito su solicitud al asegurador
-Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura
-Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.
-Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.
Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.

17

SOLMEDIC INTEGRAL SAS

CALLE 22 # 9 76 TELEFONOS: 7894349-310 6600090-314 8486428-322 6721439

SOLMEDIC INTEGRAL

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

DEPARTAMENTO Y CIUDAD: CORDOBA MONTERIA
FECHA DEL CERTIFICADO: 16/01/2026
CERTIFICADO PARA: PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
CONSECUTIVO: 0526/211

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR:

NOMBRE Y APELLIDOS : MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
CEDULA DE CIUDADANIA : 1.067.858.186
SEXO: FEMENINA
CARGO : DERMATOLOGA
EDAD: 37 **FECHA NACIMIENTO:** 15/02/1988
RESIDENCIA : MONTERIA **TELEFONO:** 3003167493

2. EXAMENES ELABORADOS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

3. CONCEPTO:

*APTO (SIN PATOLOGIA EVIDENTE) :
*APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE CON SU TRABAJO NORMAL : X
*APTO CON RESTRICCIONES :
*APLAZADO :
*NO APTO :

4. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE TALES COMO: COMER SANO Y BALANCEADO, REALIZAR EJERCICIOS FISICOS , POR LO MENOS 3 VECES POR SEMANA.

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 A 3 HORAS DE TRABAJO CONTINUOS.
ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. RESTRICCIONES MEDICAS OCUPACIONALES:

NINGUNA

6 SISTEMAS DE VIGILANCIAS EPIDEMIOLOGICOS:

VISUAL

SOLMEDIC

DR MANUEL BERRIO ALVARADO
MEDICO OCUPACIONAL RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Melissa Johana Espitia Cordero, identificado(a) con CC número 1067858186, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1067858186
NOMBRES Y APELLIDOS	Melissa Johana Espitia Cordero
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/02/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	05/09/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	68 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	05/09/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1067858186 MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO Desde 01/06/2024 - Vigente

Generado por interfaces

06/02/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

19

porvenir
sólo hay uno

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:

MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.858.186**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 10 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

70

CER_AFI_2026019053364

POSITIVA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Melissa Johana Espitia Cordero identificado con CC. 1067858186 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/20	**Código de ocupación**	32212
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	Medicos especialistas
Clase de riesgo	3	**Estado de afiliación**	Activa

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de febrero 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: **CC19022026M1067858186E9933061.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067858186
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CALLE 60 12 65	TELÉFONO:	3007689
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4644280817	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995824760

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 704.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 704.000	$ 0	$ 704.000
SUBTOTALES:										$ 704.000	$ 0	$ 704.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 550.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000	$ 0	$ 0	$ 550.000
SUBTOTALES:													$ 550.000	$ 0	$ 0	$ 550.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 107.200	$ 107.200	$ 0	$ 0	$ 107.200
SUBTOTALES:									$ 107.200	$ 0	$ 0	$ 107.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1067858186	ESPITIA CORDERO MELISSA JOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 4.400.000				NO																	

	SEGURIDAD SOCIAL																				
	PENSIÓN										SALUD						ARP				
Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
					SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO													
1	230301-PORVENIR	30	$ 4.400.000	$ 704.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 704.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 4.400.000	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.400.000	106785818	$ 107.200

	PARAFISCALES						
			CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.361.200

Planilla Pagada

SOI

Planilla Pagada

21

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 13 de marzo de 2026, a las 13:37:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1067858186
Código de Verificación	1067858186260313133729

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 292882448

PIB
13:38:05
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1067858186:

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 Politica 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.

24

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:40:09 PM horas del 13/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1067858186**
Apellidos y Nombres: **ESPITIA CORDERO MELISSA JOHANA**

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

25

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 13/03/2026 01:41:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1067858186** y Nombre: **MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO.**

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. **136432304** . 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

Certificación
Bancaria

Domingo, 25 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO identificado(a) con CC 1067858186, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	56903793380	2019-11-18	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	**CÓDIGO:** FGCA-102 **VERSIÓN:** 01 **EMISIÓN:** 20/02/2026 **PÁGINA** 1 **DE** 3
	FORMATO DECLARACIÓN DE SITUACIONES DE CONFLICTO DE INTERESES	

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

El conflicto de intereses, las inhabilidades e incompatibilidades aplicables a quienes intervienen en la contratación estatal se encuentran regulados por la Constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo) y el Código General Disciplinario establecido en la Ley 1952 de 2019, modificado por la Ley 2094 de 2021. Asimismo, se atienden los lineamientos de la Política de Integridad Pública del Departamento Administrativo de la Función Pública.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011 y en los artículos 40 y 44 del Código General Disciplinario (Ley 1952 de 2019, modificado por la Ley 2094 de 2021), declaro conocer las situaciones que pueden constituir conflicto de intereses y la obligación de identificarlas y declararlas de manera preventiva.

A continuación, diligencie o marque con una (X) donde corresponda:

Por lo tanto, yo: MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO identificado(a) con cédula de ciudadanía N°: 1.067.858.186 de: Montería, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Cargo específico [1]: MEDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

Dependencia o Área de Trabajo: MEDICO - ASISTENCIAL

Declaro bajo mi responsabilidad y a la firma de este documento que me encuentro en una situación de conflicto de intereses[2] de tipo:

a) NO tengo conflicto de INTERESES: X
b) Declaro conflicto REAL: ___
c) Declaro conflicto POTENCIAL: ___
d) Declaro conflicto APARENTE: ___

[1] Incluye servidores públicos que adelanten o deban sustanciar actuaciones administrativas, investigaciones, practicar pruebas o pronunciar decisiones, así como ocupar empleos del nivel directivo, con funciones de supervisión de contratos, inspección, vigilancia y control, o que realicen la gestión e información sobre trámites y denuncias, entre otros.

[2] Según clasificación de conflicto de intereses: 1) Real: el servidor ya se encuentra en una situación donde debe tomar una decisión, pero, en el marco de esta, existe un interés particular que podría influir en sus obligaciones como servidor público. 2) Potencial: el servidor tiene un interés particular que podría influir en sus obligaciones como servidor público, pero aún no se encuentra en aquella situación en la que debe tomar una decisión. 3) Aparente: cuando el servidor público no tiene un interés privado, pero alguien podría llegar a concluir, aunque sea de manera tentativa, que sí lo tiene.

RELACIONES PERSONALES Y PARENTESCOS:

Indique si tiene familiares que laboran, contratan o tienen relación directa con la entidad hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primer civil:

Nombre: _____ Parentesco: _____Cargo/Relación: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____Cargo/Relación: _____

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:

De acuerdo con el tipo de conflicto señalado anteriormente, describa brevemente la posible situación de conflicto de intereses personales, familiares, económicos o de otra índole que podrían afectar la imparcialidad con que desempeña las funciones (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011 y en la Ley 1952 de 2019. Modificado por la Ley 2094 de 2021):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por lo anterior, solicito se estudie la posible situación de conflicto de intereses y se comunique la decisión que se tome.

Me comprometo a aportar la documentación adicional que sea precisa en relación con los potenciales conflictos y situaciones aquí declaradas a requerimiento del proceso de revisión y doy mi consentimiento para su uso con el único propósito de determinar si existe o no una situación de conflicto real, potencial o aparente.

	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	**CÓDIGO:** FGCA-102 **VERSIÓN:** 01 **EMISIÓN:** 20/02/2026 **PÁGINA** 3 **DE** 3
	FORMATO DECLARACIÓN DE SITUACIONES DE CONFLICTO DE INTERESES	

DECLARACIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información consignada en este documento es veraz y me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio que pueda generar conflicto de intereses durante la ejecución del contrato.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

Firma del (la) declarante: _____
Cédula de ciudadanía N°: 1.067.858.186
De: Montería
Fecha: marzo 19-2026

Se recibe la declaración por parte de[3]: _____

Nombre de quien recibe: _____
Firma: _____
Cédula de ciudadanía N°: _____
De: _____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar la situación, tomar una decisión sobre el caso en concreto e informar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de recibido de la declaración en cuestión. (Artículo 12, Ley 1437 de 2011).

Nota: La declaración de conflicto de intereses es confidencial y está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por el ente responsable.

[3] En caso de impedimento el servidor enviará dentro de los tres (3) días siguientes a su conocimiento la actuación con escrito motivado al superior, o si no lo tuviere, a la cabeza del respectivo sector administrativo. A falta de todos los anteriores, al Procurador General de la Nación cuando se trate de autoridades nacionales o del Alcalde Mayor del Distrito Capital, o al procurador regional en el caso de las autoridades territoriales. (Artículo 12 Ley 1437 de 2011).

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:21:48 horas del 13/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1067858186,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **melissa**, con NIT **106785818-6** 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.

Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación **CC 1067858186 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 23/01/2026 05:27 PM

Codigo Verificación: **1MP4XULAK9**

Válida hasta: **23/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:

Primer Grado en Dermatología

a favor de:

Dra. Melissa Johana Espitia Cordero

en atención a que ha cumplido los requisitos establecidos y ha realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día **2** *, del mes de* **julio** *, del año* **2019**.

En testimonio de lo cual, se suscribe en ciudad de La Habana, a los **3** *días, del mes de* **julio** *, del año* **2019**.

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en el Tomo VI folio 029 número 1445 del Registro de Títulos de la Secretaría General del Centro de Educación Superior.

Registrado en el Tomo I folio 45 número 1498 del Registro de Títulos de la Facultad de Ciencias Médicas.

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

37

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
LA HABANA - CUBA
FIRMAS REGISTRADAS - PRESTACIÓN SOCIAL/CERTIFICADO ESTUDIO
El (La) Cónsul de Colombia
CERTIFICA

Que ELSA AGRAMONTE HERNANDEZ, quien firma y otorga el presente documento, ejercía legalmente a la fecha aquí expresada el cargo de FUNCIONARIO DE LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS CONSULARES Y DE CUBANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR (DACCRE), MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, REPÚBLICA DE CUBA y que la firma y sello que en el documento aparecen como suyos, son los que usa y acostumbra en todos sus actos.

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, no asume responsabilidad por el contenido del documento.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA
LUIS FERNANDO CÓRDOBA VELOTTA
CÓNSUL GENERAL
Firmado Digitalmente

Derechos EUR 17,00
FONDO ROTATORIO EUR 17,00

Fecha de Expedición: 18 julio 2019

Impresión No. 1

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:AFCTHQ144936424

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA

MINREX

H1 966853

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

CERTIFICO: Que el parecido la firma que antecede del funcionario autorizante de este documento es auténtica por la semejanza que guarda con la que obra en el registro con la que él acostumbra a usar en sus actos oficiales.
En fe de lo Cual autorizo la presente con mi firma y el sello de este ministerio.
Funcionario autorizado para certificar autenticaciones de firmas de documentos para surtir efectos legales en el exterior.

Elsa Agramonte Hernández
MINREX

Dado en La Habana a los 16 JUL. 2019

REPUBLICA DE COLOMBIA

11120

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Melissa Johana Espitia Cordero

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.067.838.186 de Montería , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Médica

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 30 DIAS DEL MES DE Junio DEL AÑO 2018

EL RECTOR | EL VICERRECTOR | EL DECANO | EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 4 FOLIO 475

El Notario Tercero del Círculo De Montería TESTIFICA que Esta fotocopia concuerda con el Original que he tenido a la vista

01 JUL 2018

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm
Fundada en 1974

Facultad de
Ciencias de la Salud

ACTA DE GRADO NUMERO 0657- 001M

Resolución Rectoral No. 1781 de junio 30 de 2016

CONSIDERANDO QUE

Melissa Johana Espitia Cordero

C. C No 1.067.858.186 expedida en Montería - Córdoba

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Medica

En nombre y representación de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainúm-, y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 11120 registrado en el folio 475 del libro 4

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los treinta (30) del mes de junio de 2016.

Rectora | Secretario General | Decano

0019657

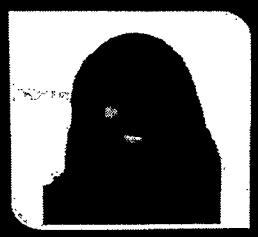
35

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO



C.C. 1067858186

MEDICO

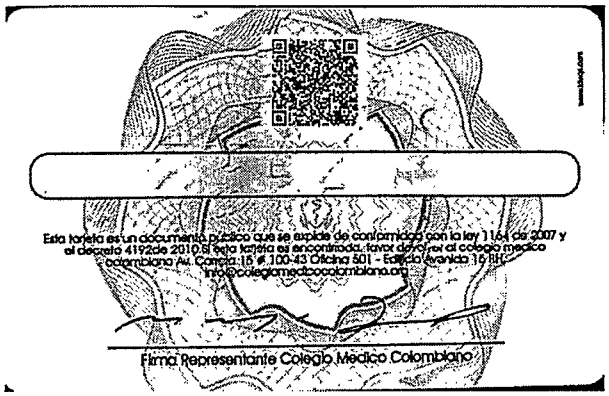
Universidad del Sinu

Monteria

Grado: 30/06/2016

Refrus: 17/01/2018

ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	**CÓDIGO:** FGCA-079 **VERSIÓN:** 04 **EMISIÓN:** 30/07/2020 **PÁGINA** 1 **DE** 6
	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	

N° 344-2023

CONTRATISTA:	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
CONTRATANTE:	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA CLINICA, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (RESOLUCIÓN 2292-2021) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.
PLAZO:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO.
VALOR:	DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE ($10.000.000,00)

Entre los suscritos, a saber: **JAIRO MIGUEL TORRES OVIEDO**, mayor de edad, domiciliado en el municipio de Montería, identificado con la cédula de ciudadanía número 78.744.765 expedida en Montería (Córdoba), en su condición de Rector, facultado mediante Acuerdo N° 020 de 05 de Marzo de 2021,y el Acuerdo N°111 del 07 de Junio de 2017, quien obra en nombre y representación de la UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA-Nit No. 891080031-3, ente estatal universitario autónomo del orden nacional, vinculado al Ministerio de Educación Nacional, creado mediante Ley 37 de 1966 y regulado por la Ley 30 de 1992 y por el Acuerdo 270 de diciembre 12 de 2017, emanado del Consejo Superior Universitario, con domicilio en la carrera 6ª No.77-305 de la ciudad de Montería, página Web www.unicordoba.edu.co, y quien para los efectos del presente documento se denominará LA UNIVERSIDAD, de una parte; y por la otra, **MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.067.858.186 expedida en Montería, con domicilio en la calle 64 N° 11-18- Edificio San Jeronimo, y quien para efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos convenido celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios de Salud, el cual se regirá por las cláusulas descritas a continuación y en lo no previsto por ellas, por las normas pertinentes del Código Civil, del Código de Comercio, La Ley 100 de 1993, La ley 1122 de 2007, La Ley 1438 de 2011, La ley 1751 de 2015, El Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario, El Decreto 441 de 2022, La Resolución 2292 de 2021 teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: **I.** Que la Misión de la Universidad es formar integralmente a personas capaces de interactuar en un mundo globalizado y el contrato a celebrarse se relaciona con esta misión porque contribuye al desarrollo de los procesos académicos, administrativos, investigación, extensión y proyección social en pro del bienestar y la excelencia de la calidad de la comunidad educativa. **II.** Que la Universidad de Córdoba requiere la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA CLINICA, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (RESOLUCIÓN 2292-2021) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA." **III.** Que la Unidad Administrativa Especial de Salud de la Universidad desarrolló los respectivos Estudios Previos de conformidad con el Estatuto de Contratación de la U6iversidad. **IV.** Que existe la disponibilidad requerida según certificado de disponibilidad presupuestal N° 195 del 08 de febrero de 2023, expedido por el Jefe de Presupuesto. **V.** Que, efectuados lo estudios previos correspondientes, se determinó que la modalidad contractual era la contratación directa por tratarse de un contrato de prestación de servicios de salud, según lo consagrado en el artículo 15 de la Resolución No 4189 del 29 de diciembre de 2017 por la cual se reglamenta el Acuerdo No.111 del 7 de Junio de 2017 - Estatuto de Contratación de la Universidad de Córdoba. **VI.** Que el ordenador del gasto de LA UNIVERSIDAD, previa revisión de la Propuesta, decide suscribir el presente contrato, el cual se regirá por las siguientes

cláusulas: CLAUSULA PRIMERA – OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA CLINICA, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (RESOLUCIÓN 2292-2021) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.", y demás servicios señalados en la propuesta que hace parte del presente contrato y acorde al portafolio de servicios habilitados por el Contratista, a losusuarios de la Unidad Administrativa Especial de Salud de la Universidad de Córdoba, de conformidad con las condiciones establecidas por las normas que regulan al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Plan de beneficios de Salud vigentes contemplados en los servicios y tecnologías (Resolución 2292 de 2021) emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las especificaciones, contenidas en los estudios previos y la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del presente contrato. PARÁGRAFO. POBLACIÓN: La población será la asignada por LA UNIVERSIDAD a través de la Unidad Administrativa Especial de Salud de la Universidad de Córdoba, quién enviará por medio de correo electrónico, los cinco (5) primeros días calendarios de cada mes, la base de datos de sus afiliados. CLÁUSULA SEGUNDA. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución del presente contrato será hasta el 31 DE DICIEMBRE DE 2023 Y/O AGOTAR PRESUPUESTO, contados a partir de la firma del acta de inicio que será elaborada por el CONTRATANTE y notificada al correo electrónico del CONTRATISTA. CLÁUSULA TERCERA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: 1). Generales Constituyen obligaciones de la parte CONTRATISTA: EL CONTRATISTA se obliga a realizar las siguientes actividades: 1). Actuar con suma diligencia, responsabilidad e idoneidad en la ejecución de las actividades contratadas. 2). Ejecutar el objeto del presente contrato bajo las condiciones técnicas, económicas y financieras de acuerdo con los estudios previos, propuesta y demás documentos que forman parte del contrato. 3). Suscribir el acta de inicio, así como también el acta de liquidación contractual dentro del término legal indicado para tal efecto. 4). Presentar las garantías exigidas por la entidad contratante en los términos y condiciones establecidas en el contrato, (si a ello hubiere lugar. 5). Custodiar, reservar y salvaguardar la información que le sea entregada como ocasión de la ejecución del presente contrato. 6). Participar de las reuniones y sesiones de trabajo que sean convocadas por la Universidad y que estén acorde con el objeto contractual. 7). Presentar un informe detallado de la labor contratada al supervisor en cada cuenta de cobro, en caso de que la forma de pago sea mensualizada, y/o cuando el supervisor y/o la Universidad lo requiera. 8). Cumplir con los plazos pactados para la ejecución del presente contrato. 9). Presentar factura y/o cuenta de cobro según fuere el caso, aportando el pago respectivo al sistema general de seguridad social y/o los salarios y prestaciones sociales del personal que se emplee, propio o de subcontratistas, quedando bajo su responsabilidad el cumplimiento de todas las obligaciones laborales, incluida la afiliación a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, al igual que el pago de los aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, cuando a ello haya lugar y realizar oportunamente los pagos. 10). Comunicar oportunamente al SUPERVISOR las circunstancias surgidas en el desarrollo del contrato que puedan afectar el objeto del mismo, su oportuno cumplimiento, cualquiera sea su causa u origen, y sugerir a través de aquellas posibles soluciones, so pena de constituir causal de terminación por incumplimiento. 11) Prestar los servicios médicos a los Afiliados de la Unidad Administrativa Especial de Salud de la Universidad de Córdoba, cumpliendo con los parámetros de calidad, oportunidad, eficiencia e integralidad en la atención requerida; 12) Realizar los procedimientos y estudios necesarios con la pertinencia médica y racionalidad científica en sus instalaciones, y/o con su RED de servicios; 13) Presentar informes sobre el desarrollo del contrato de manera mensual o cuando el contratante lo solicite. 14) Cumplir con el Decreto 441 del 2022 en su Sección 3) (Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades), Sección 4 (Facturas de venta y glosas) y Sección 5 (Reconocimiento y pago); para lo cual se deberá enviar a los respectivos informes a los correos institucionales de audmedicauaes@correo.unicordoba.edu.co y calidaduaes@correo.unicordoba.edu.co. 15) El contratista se compromete a prestar los servicios en condiciones de alta calidad técnica y humana, teniendo en cuenta la normatividad vigente para este tipo de contrato. 16) Permitir el acceso para la supervisión de la prestación de los servicios médicos asistenciales al personal que determine LA UNIVERSIDAD. 17) Cumplir con la normatividad legal vigente relacionada con la gestión ambiental. 18) Cumplir con las políticas, lineamientos, procesos, entre otros establecidos por la Universidad. 19) El contratista se obliga o se compromete a utilizar la herramienta tecnológica vía web (sisma salud) que tiene disponible la unidad administrativa especial de salud de la Universidad de Córdoba para cargar toda la información necesaria de las valoraciones medicas

que se realicen y las ordenes medicas que se generen, previa entrega por parte de la Universidad de Córdoba del usuario y la contraseña. 20) Las demás que por escrito le asigne el Supervisor del contrato y que tenga relación con el objeto contractual; dadas para tal fin por la entidad, de las cuales se dejara evidencia del cumplimiento en el informe de interventoría y/o supervisión en el presente numeral. 2). Específicas: a) PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA CLINICA, PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (RESOLUCIÓN 2292-2021) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. **CLÁUSULA CUARTA-OBLIGACIONES DE LA UNIVERSIDAD:** 1. Suministrar la información que previamente requiera EL CONTRATISTA en relación con el objeto del presente contrato. 2. Suministrar al contratista la base de datos de sus afiliados los cinco primeros días de cada mes calendario. 3. Suministrar toda información requerida por el contratista para la atención oportuna de los usuarios. 4. Responder en untérmino no mayor a 24 horas hábiles, las autorizaciones requeridas por el contratista previa verificación de la pertinencia médica mediante soportes enviados por el contratista adjunto a la solicitud de autorización. 5. Cumplir con la Resolución número 4331 del 21 de diciembre de 2012 (Presentación, auditoría, consolidación y pago de facturación). 6. Exigir a EL CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna de las obligaciones del presente contrato. 7. Efectuar la supervisión y seguimiento del presente contrato. 8. Adelantar las gestiones necesarias para hacer efectiva la garantía constituidapor el contratista si a ello hubiere lugar. 9. Requerir al contratista para que adopte las medidas pertinentes cuando surjan faltas en el cumplimiento del contrato. 10. Cumplir con el Decreto 441 del 2022 en su Sección 3 (Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades), Sección 4 (Facturas de venta y glosas) y Sección 5 (Reconocimiento y pago); 11. Velar por el Uso de los EPP necesarios en la ejecución del objeto contractual, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015. **CLÁUSULA QUINTA. REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN:** a) Generar la autorización por parte de la Unidad Administrativa Especial de Salud de la UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA, la cual deberá anexar a la autorización firmada por parte del usuario que recibió el servicio. b) El contratista debe cumplir con lo establecido en el portafolio de servicios y aceptada por la UAES" se debe incluir como soporte de prestación de servicios, la presentación de CPS (ya sea telefónica, física, o digital), Cualquiera de los soportes relacionados serán válidos para soportar la prestación de servicios. PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA deberá tener constituida póliza de responsabilidad civil extracontractual que exima a la Universidad de toda responsabilidad ante los eventos que se generen por mala práctica médica, servicios de hotelería, suministro de medicamentos y práctica de procedimientos de ayuda diagnóstica y terapéuticas. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** EL CONTRATISTA, se compromete a generar y enviar junto con la factura por servicios prestados toda la información requerida por la Resolución 3374 del 2000 (RIPS) en medio magnético, indicadores de Oportunidad del servicio, de calidad de acuerdo a la Circular 256 del 5 de Febrero del 2016 del Ministerio de Protección Social, el reporte y soportes de enfermedades de alto costo a los prestadoresque apliquen según la normatividad vigente, y enviar los indicadores de la circular única (alerta temprana) los primeros cinco (5) días calendarios a los correos institucionales calidaduaes@correo.unicordoba.edu.co y audmedicauaes@correo.unicordoba.edu.co. **CLÁUSULA SEXTA VALOR:** Para todos los efectos fiscales, legales y administrativos el valor del presente contrato es la suma de DIEZ MILLONES DE PESOS MCTE ($10.000.000,00) Incluido IVA donde aplique. - **CLÁUSULA SÉPTIMA. FORMA DE PAGO:** La UNIVERSIDAD pagará al contratista la suma señalada en la cláusula anterior, lo facturado por evento y/o por paquetes de atención integral, de conformidad con lo establecido en el portafolio de servicios presentado por el contratista en su propuesta anexa con los servicios habilitados y sus códigos según CD anexo, y aceptada por la Unidad Administrativa Especial de Salud. PARÁGRAFO PRIMERO: El contratista para el pago deberá presentar las facturas con los requisitos exigidos por la DIAN, estas deben ser soportadas con las estadísticas de los pacientes atendidos (RIPS), factura con el lleno de los requisitos de la DIAN, certificado del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social enSalud, Pensiones y Riesgos Laborales, suscrita por el Representante legal y/o revisor fiscal (Anexar fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes expedido por la Junta Central de Contadores); según el caso, acta para pago, por parte del Supervisor del presente contrato. PARÁGRAFO SEGUNDO: El valor de las obligaciones contraídas en el presente contrato serán pagadas por la Universidad al Contratista dentro de los plazos y formas establecidas en la normatividad legal vigente para esta clase de procedimiento, igualmente, teniendo en cuenta el instructivo de presentación de cuentas que se recibirán los primeros diez (10) días calendarios del mes siguiente a la prestación del servicio. PARÁGRAFO TERCERO:. Termino para la notificación de glosas y devoluciones: El trámite de glosas se realizara según lo estipulado en el Decreto

441 de 2022 sección 4 facturas, venta y glosas, decreto 4747 de 2007, Resolución 3047 del 2008 ley 1438 del 2011 y demás normas que modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan en la materia. Se deben reportar como un único canal formal al correo: glosasydevoluciones.lg.co@messer-co.com, a través del cual se dará respuesta formal a estas notificaciones. **CLÁUSULA OCTAVA- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** Los gastos que ocasione el presente contrato se imputarán al presupuesto de la Universidad, correspondiente a la vigencia fiscal del año 2023, CDP No. N° 195 del 08 de febrero de 2023. **CLÁUSULA NOVENA: SUPERVISIÓN.** La supervisión y evaluación será mensual de acuerdo a la facturación radicada y estará a cargo del Director de la Unidad Administrativa Especial de Salud de la Universidad de Córdoba o quién haga sus veces, y la auditoria del presente contrato estará a cargo del Auditor Médico de la Unidad Administrativa Especial de Salud de LA UNIVERSIDAD, quien deberá desarrollar esta actividad dentro de las instalaciones del Contratista, quién facilitará todas las comodidades con la finalidad de que los servicios facturados y auditados sean los efectivamente soportados en la historia clínica de cada usuario, en procura de eliminar la generación de objeciones debiendo refrendar sus actuaciones con la firma en cada factura, quienes, además se sujetarán a lo dispuesto en la Resolución Rectoral No 3692 del 03 de octubre de 2017 y la Ley 1474 de 2011. El Supervisor verificará y controlará la debida ejecución del contrato, para tal efecto tendrá las siguientes atribuciones: 1) Verificar que EL CONTRATISTA cumpla con las obligaciones señaladas en este contrato. 2) Informar a LA UNIVERSIDADrespecto a las demoras o incumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATISTA. 3) Certificar respecto al cumplimiento de EL CONTRATISTA, dicha certificación se constituye en requisito previo paracada uno de los pagos que se debe realizar. 4) No puede adoptar decisión alguna de manera inconsulta con LA UNIVERSIDAD. 5) Proyectar las actas de inicio y liquidación del contrato, cuando a ello hubiere lugar, y las demás incluidas en el manual de Supervisión e Interventoría según Resolución Rectoral 3692 del 03 de octubre de 2017 y la ley 1474 de 2011. **CLÁUSULA DECIMA. - PERSONAL:** Las partes contratantes dejan expresa constancia de que EL CONTRATISTA es totalmente independiente, razón por la cual es el verdadero empleador de los trabajadores que contrate para la ejecución de los diferentes eventos objeto del presente contrato. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA. - PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS:** EL CONTRATISTA será el único responsable de todo el daño o perjuicio que cause directa o indirectamente a terceros, por acción inapropiada, negligencia, impericia, imprudencia u omisión de su parte o de las personas que contrate o subcontrate para la realización de los servicios relacionados con el contrato. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. - CESIÓN:** El contratista no podrá ceder total ni parcialmente la ejecución del presente contrato a un tercero, salvo previa autorización expresa y escrita del contratante, siempre que ello no constituya riesgo para la salud y la vida de los pacientes. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA. - PENAL PECUNIARIA:** En ejercicio de su voluntad, las partes acuerdan libre, expresa e irrevocablemente la causación y efectividad de la cláusula penal pecuniaria en caso de incumplimiento parcial o definitivo en la ejecución oportuna del contrato o de las obligaciones a cargo del contratista después de terminado el plazo de ejecución, LA UNIVERSIDAD podrá hacer efectiva la cláusula penal a título de pena, por un monto equivalente al 10% del valor totaldel contrato. El pago aquí señalado se considera como indemnización parcial y no definitiva de los perjuicios causados por el incumplimiento del contratista. EL CONTRATISTA autoriza a LA UNIVERSIDAD a descontar y compensar de los saldos presentes o futuros a su favor, los valores correspondientes a lacláusula penal aquí estipulada. De no existir tales deudas o de no resultar suficientes para cubrir la totalidad de su valor, LA UNIVERSIDAD podrá hacer efectiva la garantía de cumplimiento adelantando el procedimiento establecido por la Ley para hacer efectiva la garantía constituida. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA.-. TERMINACIÓN ANORMAL.** Según lo consagrado en el artículo 30 del Acuerdo 111 de 7 de junio de 2017, la terminación anormal de este contrato procede: 1) Por imposibilidad de cumplimiento, mediante mutuo acuerdo entre las partes; 2) Por incumplimiento del contrato. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA. EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:** Este contrato no constituye vinculación laboral alguna del CONTRATISTA con la UNIVERSIDAD, por lo tanto, EL CONTRATISTA no tiene derecho al reconocimiento ni al pago de prestaciones sociales de conformidad. El contratista seráel único responsable por las acreencias de todo tipo del personal que contrate para la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DECIMA SEXTA. GARANTÍAS.** En atención a lo estipulado en el Título II del Acuerdo No.111 de 2017 y lo consignado en los estudios previos correspondientes, El CONTRATISTA secompromete a constituir a su costo y a favor de la UNIVERSIDAD, en una compañía de Seguros legalmente establecida en el País, las siguientes garantías:

Amparo	Suficiencia	Vigencia

Cumplimiento	Diez por ciento (10%) del valor delcontrato.	Plazo del contrato y seis (6) meses más
Calidad del servicio	Diez por ciento (10%) del valor delcontrato	Plazo del contrato y seis (6) meses más

CLÁUSULA DECIMA SÉPTIMA. DOCUMENTOS: Quedan incorporados y son parte integral de este contrato, los siguientes documentos: Estudios Previos, Certificado de Disponibilidad Presupuestal, Registro Presupuestal de Compromiso, la oferta presentada por EL CONTRATISTA, los documentos presentados por EL CONTRATISTA y aprobados por LA UNIVERSIDAD, además de los documentos establecidos en el Decreto 441 de 2022 que se elaboren y suscriban durante la ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA y manifiesta bajo la gravedad del juramento que no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad prevista en la Ley, la Constitución y el Estatuto de Contratación de la Universidad de Córdoba, que le impida suscribir el presente contrato. **CLAUSULA DECIMA NOVENA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Toda controversia o diferencia relativa a este contrato y a su ejecución o liquidación, se solucionará preferiblemente mediante mecanismos de solución de controversias contractuales, como el arreglo directo, la conciliación, la amigable composición y la transacción, previstos en la Ley 446 de 1998 y el Acuerdo 111 de 7 de junio de 2017 y demás normas que lo modifiquen o deroguen. **CLÁUSULA VIGÉSIMA. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, se autoriza libre, expresa e inequívocamente a las partes (CONTRATANTE y CONTRATISTA), para que realicen la recolección y tratamiento de los datos personales que se suministran de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la Universidad. Así mismo, se declara bilateralmente que se conoce sobre la recolección y tratamiento de los datos que realizará la Universidad y se manifiesta que se informa de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorizaciónen aquella información considerada sensible. Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales y el correo electrónico: contratación@correo.unicordoba.edu.co. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. SARLAFT-** La Universidad acepta, entiende y conoce, de manera voluntaria e inequívoca, que en cumplimiento de su obligación legal de prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo y seguimiento la Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia, por considerarlo sobre una causal objetiva, podrá EL CONTRATISTA, terminar unilateralmente el presente contrato en cualquier momento y sin previo aviso, cuando su nombre y/ o cualquiera de sus accionistas, socios o de sus representantes legales llegare a ser: (I) vinculado por parte de las autoridades nacionales e internacionales a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo; (II) incluido en listas para el controlde lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la oficina de Control de activos en el exterior- OFAC emitida por la oficina del tesoro de los estados unidos de norte América, la lista de la Organización de las Naciones Unidas y otras listas publicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo; (III) condenado por parte de las autoridades nacionales o internacionales en cualquier tipode procesos judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos; o llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (prensa, radio, televisión, etc.) como investigados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y / o cualquier delito colateral o subyacente a estos. PARÁGRAFO: De llegarse a presentar alguna de las situaciones anteriormente mencionadas frente a algún beneficiario, usuario, u otra persona natural o jurídica que tenga injerencia en el desarrollo del contrato celebrado, EL CLIENTE asumirá dicha responsabilidad frente a terceros. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** El contratista y el contratante manifiestan que con la suscripción del presente contrato se obliga acumplir el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN En relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el

CONTRATANTE y el CONTRATISTA, en el marco del presente contrato, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad. Como consecuencia a lo anterior, manifiesta que se compromete a: 1) Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015. 2) No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con la Universidad, así como no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información. 3) No revelar, divulgar, exhibir,mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar,recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por la Universidad, aún después de finalizado el contrato. 4) No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitiosde Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la quetenga acceso bajo las políticas establecidas por la Universidad y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento. 5) Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por la Universidad. 6) Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por la Universidad una vez haya suspensión o terminación de contrato o cambio enlas obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual. 7) Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información de la Universidad. El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, contractuales, e incluso penales por partede la Universidad o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos. **CLAÚSULA VIGÉSIMA TERCERA. LUGAR DE EJECUCIÓN:** El Presente contrato se ejecutará en la ciudad de Montería. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL APLICABLE.** El Estatuto de Contratación de la Universidad Acuerdo 111 de 7 de junio de 2017 y las demás normas inherentes a la naturaleza de este Contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN.** El presente contrato requiere para su perfeccionamiento la firma de las partes. Para su legalización; Registro presupuestal y Aprobación de las Garantías y para su ejecución suscripción del Acta de inicio.

Para constancia, se firma en Montería, 28 JUN 2023.

LA UNIVERSIDAD,

JAIRO MIGUEL TORRES OVIEDO
Rector

EL CONTRATISTA,

MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Contratista

Proyectó: Laura Lafont - Profesional Especializado
Revisó: Estela Barco Jarava - Jefe de Oficina de Contratación

Gestar Salud
De Colombia I.P.S. S.A.S.

40

CERTIFICACION LABORAL.

GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S. – NIT. 900842629-1.

C E R T I F I C A Q U E:

El(a) señor(a) **MELISSA ESPITA CORDERO**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.067.858.186, actualmente presta sus servicios para esta entidad como **DERMATOLOGA**, desde el día tres (03) de Septiembre del año dos mil veinte (2020).

La presente CERTIFICACION, se expide con destino a QUIEN INTERESE y a solicitud de parte interesada, a los veintiséis (26) días del mes de Julio del año dos mil veintidós (2022).

El contenido de la presente certificación, es sujeto a verificación. Se puede validar la información suministrada, en las direcciones físicas y electrónicas reseñadas en la parte inferior.

Atentamente,

Viviana Esthela Doria González
Directora Administrativa
Gestar Salud de Colombia IPS S.A.S

41

	UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	**CÓDIGO:** FGCA-044 **VERSIÓN:** 04 **EMISIÓN:** 09/09/2024 **PÁGINA** 1 **DE** 3
	ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO	

GENERALIDADES DEL CONTRATO	
No. DE CONTRATO U ORDEN:	CONTRATO 344/2023
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES BAJO LA MODALIDAD PAGO POR EVENTO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA CLÍNICA, PROCEDIMIENTOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONTEMPLADOS EN LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMMA DE SEGURIDFAD SOCIAL EN SALUD (RESOLUCIÓN 2292-2021) PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA.
PLAZO DEL CONTRATO:	HASTA 31-12-2023 Y/O HASTA AGOTAR PPTO
VALOR DEL CONTRATO:	$10.000.000,00
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ENRIQUE CANTILLO RAUDALES
NOMBRE DEL INTERVENTOR:	N.A.

El día 12 del mes de 11 del año 2024, se reunieron **JAIRO MIGUEL TORRES OVIEDO**; identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **78.744.765** actuando como Rector en calidad de CONTRATANTE, **ENRIQUE CANTILLO RAUDALES**; identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **70.010.016** en calidad de Supervisor y **MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **1.067.858.186**, actuando en nombre propio, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de proceder a la liquidación del presente contrato dándole cumplimiento a lo sustentado en el Estatuto de Contratación de la Universidad.

1. MODIFICACIONES DEL CONTRATO.

PRÓRROGAS		
PRÓRROGA No.	FECHA	PLAZO
No 1	21-12-2023	HASTA 31-03-2024 Y/O HASTA AGOTAR PPTO

ADICIONES		
ADICIÓN No.	FECHA	VALOR ($)
N.A.		

SUSPENSIONES	
Acta No.	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)
N.A.	-

REINICIOS	
Acta No.	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)
N.A.	-

DISMINUCIONES		
DISMINUCIÓN No.	FECHA	VALOR ($)
N.A.	-	-

OTRAS MODIFICACIONES: ACLARATORIO, OTROSÍ, ETC.		
MODIFICACIÓN No.	FECHA	MODIFICACIÓN REALIZADA
N.A.	-	-

2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONDICIONES FINALES DEL CONTRATO.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$10.000.000,00
VALOR FINAL DEL CONTRATO:	$10.000.000,00
VALOR EJECUTADO:	$9.855.000,00
VALOR SIN EJECUTAR:	$140.000,00
VALOR SALDO A LIBERAR:	$140.000,00

VALOR PAGO ANTICIPADO:	N.A.
VALOR ANTICIPO:	N.A.

VALOR TOTAL PAGADO POR LA UNIVERSIDAD:	$0,00	
VALOR TOTAL AMORTIZADO:	N.A.	
VALOR A CANCELAR (IVA INCLUIDO) CONTRA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN:	VALOR FACTURADO:	$9.855.000,00
	VALOR A AMORTIZAR:	$ 0,00
	VALOR A PAGAR:	$9.855.000,00

PLAZO FINAL DEL CONTRATO:	HASTA 31-03-2024 Y/O HASTA AGOTAR PPTO.
FECHA ACTA DE INICIO:	18/08/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/03/2024
FECHA ACTA ENTREGA Y RECIBO FINAL DE OBRA	N.A.

3. GARANTÍAS DEL CONTRATO.

COMPAÑÍA ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO NIT: 860.009.578-6
PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No:	62-46-101006298
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD C. E. No:	N.A.

AMPAROS	PORCENTAJE (%)	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
			DESDE	HASTA
1. Cumplimiento	10	$1.000.000,00	18-08-2023	01-07-2024
2. Calidad del servicio	10	$1.000.000.00	18-08-2023	01-07-2024

Observaciones:

COMPAÑÍA ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO NIT: 860.009.578-6
PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO No:	62-46-101006298 Anexo: 1
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD C. E. No.	N.A.

AMPAROS	PORCENTAJE (%)	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
			DESDE	HASTA
3. Cumplimiento	10	$1.000.000,00	28-08-2023	01-10-2024
4. Calidad del servicio	10	$1.000.000.00	28-08-2023	01-10-2024

Observaciones:

Por lo anterior las partes, **ACUERDAN:**

CLAUSULA PRIMERA: Liquidar el contrato de prestación de servicios No. 344/2023

CLAUSULA SEGUNDA: Las partes ratifican que al contratista se le debe la suma de NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE ($9.855.000,00) y un saldo por liberar por valor de

$144.000,00, por concepto de la ejecución del contrato, correspondiente al término de ejecución del contrato, que dicha suma incluye todos los valores por actividad ejecutada así: contratada inicialmente con todas las revisiones y modificaciones acordadas. Las partes expresan que aceptan la liquidación descrita en la presente acta y a partir de la fecha de suscripción de la misma, previo el cumplimiento de las obligaciones pendientes, se liberan mutuamente de cualquier obligación que pueda derivarse del cumplimiento de su objeto, y en consecuencia se declaran a paz y salvo por tal concepto.

CLAUSULA TERCERA: EL CONTRATISTA manifiesta que, durante la ejecución del contrato, no surgieron situaciones que generen desequilibrio económico, creando a su favor haberes adicionales, por lo cual EL CONTRATISTA renuncia a toda acción posterior, judicial, extrajudicial, que se hubiere intentado o pudiera intentarse contra la UNIVERSIDAD, con ocasión al contrato en referencia, su ejecución y liquidación. Ratifica igualmente el pago total de la suma pactada en la obligación suscrita.

CLAUSULA CUARTA: Cualquier saldo o corrección sobre contribuciones, aportes al Sistema de Seguridad Social, tasas o impuestos que queden a cargo del contratista, este se obliga a efectuar la correspondiente corrección o pago.

CLAUSULA QUINTA: Que las actividades fueron ejecutadas por el Contratista y recibidas por la UNIVERSIDAD a satisfacción, tal como consta en el Acta para Pago e Informe de Supervisión y/o Interventoría. **CLAUSULA SEXTA.** Que el supervisor del contrato manifiesta que la realización del objeto del contrato se efectúo bajo su vigilancia y control en todas y cada una de las etapas y fue recibida a satisfacción de acuerdo a lo estipulado en las cláusulas del contrato.

CLAUSULA SÉPTIMA: Que, en virtud del principio de buena fe, se toma como cierta la información contenida en el presente documento, la cual fue suministrada por el Supervisor; designado por la Universidad de Córdoba.

CLAUSULA OCTAVA: En confirmación a lo descrito en las cláusulas anteriores y para efectos de constatación de las labores contratadas y de la ejecución del contrato referenciado, firma la presente el supervisor; del contrato.

CLAUSULA NOVENA: La presente acta de liquidación se regirá conforme a lo estipulado en el Estatuto de Contratación – Acuerdo No. 111 de 2017; Título VII: Liquidación de Contratos (Art. 77 y 78)

La presente ACTA DE LIQUIDACIÓN, se perfecciona con la firma de las partes.

Nombre: JAIRO MIGUEL TORRES OVIEDO
Firma Contratante.

Nombre: ENRIQUE CANTILLO RAUDALES
Firma Supervisor.

Nombre: MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Firma Contratista.

Nombre: N.A.
Firma Interventor.

[redacted]

CC	1067858186	MELISSA	JOHANA	ESPITIA	CORDERO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO identificado(a) con CC 1067858186 registra la siguiente información:

2026-01-25 8:41:25 AM

Información Académica

[redacted]

ESP	Extranjero	Dermatología	2020-02-07	75336	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2018-01-17	29489	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

[redacted]

Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|CÓRDOBA|MONTERÍA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

44

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DESARROLLO DE LA SALUD DE CÓRDOBA.

AREA DE PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS.

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO, en su sede de prestador MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO del municipio de MONTERÍA - departamento de CÓRDOBA, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DESARROLLO DE LA SALUD DE CÓRDOBA y se considera inscrito como clase de prestador Profesional Independiente y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	**2300102322 - MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**				
NI:Nit / CC:Cédula	**CC:1067858186**	**Nombre o razón social:**	**MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**		
Fecha de inscripción:	**2021/06/04**	**Fecha de vencimiento:**	**2026/06/03**	**Clase de prestador:**	**Profesional Independiente**
Clase de persona:	**NATURAL**	**Naturaleza Jurídica:**	**PRIVADA**	**Nivel de Atención del Prestador:**	
Empresa Social del Estado:				**Carácter Territorial de la Entidad:**	
Representante Legal:				**Dirección administrativa:**	**CRA 6 # 65-24 CONSULTORIO 315 CENTRO COMERCIAL PLACES MALL**
Telefono:	**3007689611**	**Fax:**		**Email:**	**meliespitia25@gmail.com**
Municipio:		**MONTERÍA**		**Departamento:**	**CÓRDOBA**

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	**230010232201 - MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**				
Dirección:	**CALLE 27 #7-06 PISO 2**			**Barrio:**	**CENTRO**
Centro Poblado:	**MONTERÍA**			**Tipo de Zona:**	**URBANA**
Telefono:	**3007689611**	**Fax:**		**Email:**	**meliespitia25@gmail.com**
Gerente:				**Fecha de Apertura:**	**2021/06/04**
Municipio:		**MONTERÍA**		**Departamento:**	**CÓRDOBA**

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	**230010232201 - MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**

Dirección:	CALLE 27 #7-06 PISO 2			Barrio:	CENTRO
Centro Poblado:	MONTERÍA			Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	3007689611	Fax:		Email:	meliespitia25@gmail.com
Gerente:				Fecha de Apertura:	2021/06/04
Municipio:	MONTERÍA			Departamento:	CÓRDOBA

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede:	230010232201 - MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO				
Dirección:	CALLE 27 #7-06 PISO 2			Barrio:	CENTRO
Centro Poblado:	MONTERÍA			Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	3007689611	Fax:		Email:	meliespitia25@gmail.com
Gerente:				Fecha de Apertura:	2021/06/04
Municipio:	MONTERÍA			Departamento:	CÓRDOBA

* * * NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. * * *

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural

M-EXT:Modalidad extramural/Transporte asistencial y APH

M-UM :Modalidad extramural/unidad móvil

M-DOM:Modalidad extramural/domiciliaria

M-JS :Modalidad extramural/jornadas de salud

M-TEL:Modalidad Telemedicina

M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina

M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva

M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva

M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia

M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo

M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo

COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210604	DHSS0112848

SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

CONVENCIONES:

ONC:Atención paciente oncológico

M-AMB:Modalidad Ambultoria

M-HOP:Modalidad Hospitalaria

M-UMO:Modalidad Unidad Móvil

M-DOM:Modalidad Domiciliaria

M-OEX:Modalidad Otras Extramural

M-CRE:Modalidad Centro de Referencia

M-IRE:Modalidad Institución Remisora

C-BAJ:Complejidad Baja

C-MED:Complejidad Media

C-ALT:Complejidad Alta

46

No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resoluciòn 1410 de 2022.

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	08:00A18:00	08:00A18:00	08:00A18:00	08:00A18:00	08:00A18:00	08:00A12:00	

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	1

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DESARROLLO DE LA SALUD DE CÓRDOBA, de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.

47

Dada el día viernes 30 de enero de 2026 (3:38 p.m.).

HELIODORO KERGUELEN DURANGO.

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 23000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 23000REPS

Versión 3.0.

Fecha de impresión: viernes 30 de enero de 2026 (3:38 p.m.).

12:25

secop.gov.co

UTC-5 12:25:01
MELISSA JOHANA ES...

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾ Buscar

Inicio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos/ver cambios

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Nombre abreviado	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Fecha de creación	25/09/2024
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1067858168
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Córdoba
Municipio	Montería

Información de contacto

Dirección	CLL 64 11 38 ED. SAN JERONIMO T 2
Código postal	
Teléfono de oficina	3007489611
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	melespitia25@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	melespitia25@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3007489611
Fax	
Correo electrónico	melespitia25@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleados
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Editar datos/ver cambios | Editar datos complejos

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C106785818600314194
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MELISSA JOHANA ESPITIA CORDERO**, identificado(a) con C.C. No. 1067858186 y T.P. o R.M. No. 29489/2018 del(a) Secretaria de Salud Departamental Córdoba, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 18 marzo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 1ç-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601(7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com