

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
35.545.190

NL V

SALAZAR PALACIOS

MASSIEL SOLANGE

NOMBRE

MASSIEL SOLAZAR

FIRMA



DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1984
QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 *

O+

F

ESTADUA

GS Rn

SEXO

29-NOV-2002 QUIBDO

FECHA / LUGAR DE EXPECION

02-05-05

DE IDENTIFICACION PERSONAL
CIBACOL (CIBACOL)





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 SALAZAR		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PALACIOS		NOMBRES MASSIEL SOLANGE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 35545190		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 25 MES 07 AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO CHOCÓ MUNICIPIO QUIBDÓ		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 8A BIS 8A 718 NORTE calle la floresta PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO VALDIVIA TELÉFONO 3127898883 EMAIL massiel61@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA	07	2025	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD	03	2020	
PREGRADO	8	X		ENFERMERA	07	2011	44012

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
POLITECNICO DE SURAMERICA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		SOPORTE VITAL AVANZADO	11	2021

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -VALDIVIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO VALDIVIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 6048360218			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	07	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA AREA PYP VACUNACION					DIRECCIÓN CARRERA 8N 718 CALLE LA FLORESTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL-JERICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO JERICÓ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8523166			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	21	Mes	07	Año	2016	Día	08	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA ASISTENCIA PYP			DEPENDENCIA ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA					DIRECCIÓN CARRERA 5 9177 CARRERA5#91-57						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIA ANGELINES DEL MUNICIPIO DE PUERTO LEGUIZAMO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO			MUNICIPIO PUERTO LEGUIZAMO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5634144			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	05	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA / COORDINADORA			DEPENDENCIA COORDINACION Y PYP					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION EDUCATIVA INDECAP				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 4484794			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	18	Mes:	08	Año:	2016	Día:	11	Mes:	11	Año:	2019
ÁREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 37N 37 4384 CALLE 37 SUR #43-84						

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	3	1

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 31/03/2026

Massiel Salazar P.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co



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, Massiel Solange Salazar Palacios

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 35,545,190 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Antioquia Municipio Valdivia

Dirección Bisentario Teléfonos 3127898883

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Ariana Solange Salazar Palacios	1,078,465,949	hija
Gloria Amparo Palacios	29,701,903	madre
Abelardo Salazar Palacios	11,455,788	padre

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	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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	#####	yarumal	\$ 476,697

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



**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, Massiel Solange Salazar Palacios				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 35,545,190 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País Colombia		Departamento Antioquia		Municipio Valdivia
Dirección Bisentario			Teléfonos	3127898883
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO
Ariana Solange Salazar Palacios		1,078,465,949		hija
Gloria Amparo Palacios		29,701,903		madre
Abelardo Salazar Palacios		11,455,788		padre
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 X 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				-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				-
GASTOS DE REPRESENTACION				-
ARRIENDOS				-
HONORARIOS				-
OTROS INGRESOS Y RENTAS				-
TOTAL				\$ -
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	#####	yarumal	\$ 476,697
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN			VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

PROPUESTA DE TRABAJO

COORDINACION DE PAI Y PYM Y RUTAS MATERNO PERINATAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Programar, ejecutar y auto evaluar el Plan operativo o de acción de promoción y mantenimiento de la salud, vacunación y ruta materno perinatal.
2. Participar en la elaboración del diagnóstico del estado de salud de la población del área de influencia cuando sea asignado por la dirección de la ESE.
3. Realizar atenciones de enfermería en el marco de la ruta integral de promoción y mantenimiento de salud y de la ruta materno perinatal la atención preconcepcional en la modalidad intramural y extramural
4. programar jornada de salud teniendo en cuenta la prioridad institucional en cuanto a cumplimiento de estimaciones, solicitadas por la comunidad, EPS, DLS.
5. Realizar la gestión del recurso humano asignado para la ejecución de las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal.
6. Organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal asignado en el equipo de promoción de mantenimiento de salud y materno perinatal.
7. Captar y reportar casos de enfermedades de notificación obligatoria a los responsables del diligenciamiento de la ficha.
8. Ejercer control sobre la aplicación de métodos anticonceptivos y procedimientos de enfermería a los usuarios.
9. Aplicar y supervisar el cumplimiento de las normas de asepsia, manejo de desechos hospitalarios y bioseguridad en la prestación del servicio de promoción y mantenimiento de salud.
10. 9. Establecer y mantener una adecuada coordinación que permita una eficaz prestación de los servicios de salud y cumplimiento de estimaciones.
11. Participar en reuniones de tipo científico y/o profesional de enfermería de acuerdo con la programación establecida por la ESE.
12. Realizar actividades de mejora continua, entre ellas auditoria de calidad de las historias clínicas, guías, protocolos, y control de insumo de promoción y mantenimiento de salud.
13. Elaborar y socializar al talento humano asignado, los manuales, procesos, procedimientos, protocolo, guías entre otros relacionados con promoción y mantenimiento de salud.
14. Promover la participación de la comunidad en actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
15. Liderar la ejecución del comité de RIAS y participar activamente en los que sea asignado.
16. Elaborar informes requeridos por la entidad en el marco de las funciones asignadas
17. Analizar, definir, presentar, los indicadores de su área o proceso y si estos no cumplen la meta establecida se deberá documentar un plan de mejoramiento y presentarlo al comité de RIAS.
18. Apoyar las actividades que se requieran para el oportuno cumplimiento de lo requerido con la información de la Resolución 4505 de 2012, 202 del 2021, la

ejecución de las actividades contempladas en la Resolución 3280 de 2018 y en las normas que la complementen o modifiquen.

19. Diligenciamiento completo y de forma correcta la historia clínica y sus anexos en el software o formatos establecidos por la ESE.
20. Apoyar a la Institución en el proceso de respuesta a glosas de promoción y mantenimiento de la salud y atender responsabilidad pecuniaria, en los casos en que se demuestre que la omisión de información y el no diligenciamiento completo y oportuno de formatos y anexos, por el profesional de este contrato haya generado dicha glosa.
21. Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencias y riesgos que se presenten en su área
22. Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicios bajo su cargo
23. . Aplicar los principios éticos y de confidencialidad que rigen la práctica.
24. Cumplir con todos los reglamentos y normas de la Institución.
25. . Recibir y responder por el inventario que le sea asignado una vez ingrese a la institución, además de mantener su sitio de trabajo limpio y ordenado
26. . Recibir y responder por el inventario que le sea asignado una vez ingrese a la institución, además de mantener su sitio de trabajo limpio y ordenado
27. Hacer entrega formal, documentada y oportuna del inventario a su cargo, una vez terminado su contrato o vinculación con la institución; para poder acceder a paz y salvo
28. Apoyar las actividades que se requieran para lograr que la ESE Hospital San Juan De Dios Valdivia, sea parte activa en el proceso de implementación de las RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) en el Departamento de Antioquia.
29. Tratar con calidad, calidez y oportunidad a los clientes externos e internos del contratante.
30. Atender y solucionar las objeciones presentadas por el contratante relacionadas con la calidad, calidez y oportunidad en la atención de los usuarios.
31. Realizar los informes semanales y mensuales que sea requerido por la EPS,SSSA,DLS y por la ESE.
32. . No cobrar honorarios por procedimientos prestados a pacientes dentro de la institución y/o en actividades extramurales.
33. Utilizar los elementos de protección tales como bata, guantes, mascarillas, delantales protectores y gafas necesarios para dar cumplimiento al manual de bioseguridad de la entidad contratante.
34. . Cumplir con la clasificación de los residuos hospitalarios que se generan en los servicios según lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalario
35. . Realizar el trámite necesario para el proceso de afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
36. La contratista deberá encontrarse identificado conforme el reglamento del contratista, dentro de la ESE a efectos de asegurar los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
37. Analizar planear ejecutar las auditorias internas y extras solicitadas por la EPS,SSSA,DLS en el programa de promoción y mantenimiento de salud.

38. La contratista deberá encontrarse identificado conforme el reglamento del contratista, dentro de la ESE a efectos de asegurar los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
39. Desarrollar el objeto social de manera autogestionaria, con autonomía y autodeterminación, con plena observancia de la ley, los procedimientos específicos y el presente contrato para el beneficio de la Comunidad del MUNICIPIO DE VALDIVIA y en cumplimiento de la oferta presentada que hace parte de este contrato.
40. . Presentar factura en la administración de la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL MUNICIPIO DE VALDIVIA, debidamente legalizada el último día de cada mes a la prestación del servicio.
41. . Cumplir con el Código de Ética del Contratante.
42. La CONTRATISTA es responsable por la pérdida o deterioro de los bienes encomendados a su custodia. En caso de entrega de elementos devolutivos que le sean suministrados para el desarrollo de sus actividades profesionales, será mediante inventario individual, comprometiéndose a devolverlos una vez vencido el contrato en el estado en que le fueron entregados o mediante reparación o reposición en el caso de daño o pérdida, salvo deterioro normal de los mismos.
43. Analizar planear y recibir la asistencia técnica de PAI
44. Participar de los comités, mesa y reunión por la SSSA, y DLS de PAI
45. Enviar informe
46. Realizar los informes PAI semanales y mensuales que sea requerido por la EPS, SSSA, DLS y por la ESE.
47. Realización de plan de trabajo del programa de PAI (Micro planeación).
48. Organización de jornada y participación de las jornadas de vacunación.
49. Organizar los módulos normativos de acuerdo a los lineamientos de PAI
50. Realizar seguimientos cadenada de fríos, insumos y sistema de información.
51. Realizar vigilancia de en salud publica relacionados con las vacunas.

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS



CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

1. DATOS GENERALES							
TIPO DE EXAMEN:		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO				Fecha: 07/01/2026	
Empresa contratante: E.S.E Hospital San Juan de Dios de Valdivia NIT: 891982129-7					Cargo: Coordinadora de PyM		
Ciudad de realización del examen : Yarumal							
2. DATOS DEL TRABAJADOR							
Nombre completo: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS							
TIPO ID:	CC	No: 35545190	Edad:	40 a	Fecha de nacimiento:	25/07/1984	
Estrato SE	1	Género:	Femenino	Estado civil: Soltera		Nº hijos : 1	
Etnia : AFROCOLOMBIA			Tipo de sangre: O		RH: Positivo		
Dirección de residencia: CALLE CENTENARIO / Valdivia Email: massiel61mail.com							
Estudios: Profesional				Teléfono: 3127898883			
Nombre EPS: NUEVA EPS				AFP: COLPENSIONES		ARL: COLMENA	
Riesgos:		Biomecánicos, psicosociales .					
3. EXAMENES REALIZADOS							
Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis Osteomuscular					No se evidencia secuela o patología que le impida desempeñar el cargo		
Visiometría					Su capacidad visual es adecuada para el cargo, con el uso de corrección formulada		
IMC					Alterado		
Vacunación Covid 19					3 dosis		
4. CONCEPTO Y RECOMENDACIONES							
CONCEPTO DE APTITUD:		APTO sin restricción			x		
		Apto con restricción			Control anual Optometría Valoración por Nutrición		
Sistema de vigilancia epidemiológico		Visual	x	Auditivo		Químico	
		Ergonómico	x	Psicosocial	x	Respiratorio	
Recomendaciones hábitos y estilos de vida		Dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión					
Recomendaciones laborales		Adjuntar copia del carné de vacunación. Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra Realizar pausas activas Mantener una buena higiene postural					

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, igualmente El examinado autoriza que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales. Autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilar cia epidemiológica que estén establecidos; acorde a la normatividad vigente.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. He recibido todas las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 1843 de 2025.

Medico

Trabajador

Oscar Oviedo

Dr. Oscar Weimar Oviedo Mercado
Médico y Cirujano Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Eje. 000293 de 21/12/17
R.M. 27-1219-04

Massiel Solange Palacios

Oscar Weimar Oviedo Mercado
Registro Médico 27-1219-04
Licencia de SST 291-2017

Massiel Solange Salazar Palacios
CC: 35545190

Dirección: Diagonal 11A N.º 30A – 19, Caucasia, Antioquia Celular: 3005040127 Correo: oscaroviedo2009@live.com



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

C.C. N°. 35545190

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió
los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 14 de Julio de 2025

Rector

Secretaria General



Decano





República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Area Andina

Plataforma Judicial, R.L., 22218, Medellín, D.C. 2013

LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Obedientemente autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
titulando en cuanto que:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

C.C. N°. 35545190 de Quibdó

Aprobó los estudios de formación avanzada, por los resultados por la Fundación y cumplió
los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredite.
Bogotá D.C., 1 de 30 de Mayo de 2020

f

□ □ 1 u □ □ ::;

Directorio Gomírol



Docto. Salazar

Doceno

Torno 12 - Polio 59 - Registro 70234 - Acta No. 902 - Fecha 30 de Marzo de 2020 -

Código de S. y R. 2726-AA-0" @ 191.

AREA DINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Fundación Universitaria del Área Andina
ACTA DE GRADO No. 902

En Bogotá D.C., el 30 de marzo de 2020 a las 09:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 011 del 18 marzo de 2020, se reunieron el Rector, Representante Legal, Caracter Nacional, Doctor Jose Leonardo Valencia Molano, la Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora Paola Ruiz Diaz y la Secretaria General, Doctora Maria Angelica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **MASSIEI SOLANGE SALAZAR PALACIOS**, identificada con C.C. No. 35545190 de Quibdó, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 013 del 24 de agosto de 1999 y 038 del 27 de agosto de 2013. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

Anotado en el Torno 12, Folio 59, Registro 70234

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Caracter Nacional

PAOLA RUIZ DIAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARIA ANGELICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de marzo de 2020

Lugar seguro de verificación: <https://www.fundacionareaandina.edu.co/>




Maria Angelica Pacheco Chica
Secretaria General





ci
r-1
A
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

University of Toronto

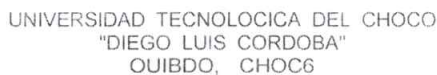
Salmon Steel Mill

Office of the Librarian

100

100

100



En la ciudad de Quibdó, sede de la Universidad Tecnológica del Chocó "Diego Luis Córdoba", el día 16 de Septiembre de 2011, se reunieron el Señor Rector MA. EDUARDO ANTONIO GARCIA VEGA, la Vicerrectora de Docencia PhD. LUCY MARISOL RENTERIA MOSQUERA, la Decana de la Facultad PhD. EDELMIRA MAYA DE LOZANO y el Secretario General Abogado EDWIN ETHIEL ARAGON LOZANO, con el objeto de realizar el acto de graduación y entrega de Diploma que, como:

CODIGO ICFES 111846100732700111100

CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 35.545.190 DE QUIBDO

La presente acta se firma por los funcionarios autorizados.


MA. EDUARDO ANTONIO GARCÍA VEGA
Rector


Ph. D. LUCY MARISOL INTERIAN MOSQUERA
Vicerrector de Docencia

 = 4 - . . - t - g, .

Abogado EDWIN ETHIEL ARAGÓN LOZANO
Secretario General

11nnn1nuum: 11m0t1U

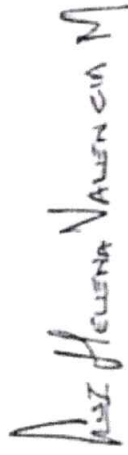
CERTIFICA A

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

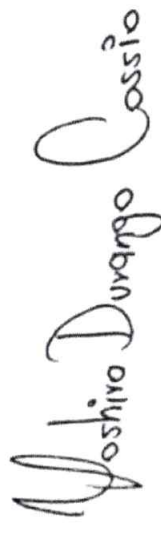
POR SU PARTICIPACION EN LA CAPACITACION DE
TOMA DE MUESTRA DE ADN VPH

CC 35545190

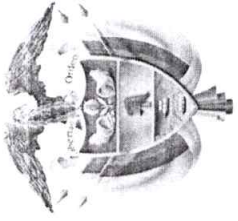
04 de Marzo del 2026



LUZ HELENA VALENCIA M
COORD. TECNICO CIENTIFICA



YOSHIRA DURANGO COSSIO
HISTOCITOTECNOLOGA



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

*otorga
Certificado de Competencia Laboral a*

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 35545190

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en SAN GIL. A los treinta (30) días del mes de Abril de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
Subdirectora (E) CENTRO AGROTURÍSTICO
REGIONAL SANTANDER

2341030 - 30/04/2025
No Y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 954100230101257252CC35545190C.

Comfettfalco

El Instituto de Educación Comfentalco

Ucencia de funcionamiento concedida por Secretaría de Educación y Cultura de Antioquia mediante Resolución No. 000960 del 06 de mayo de 1998, ampliada en Resolución No. 10613 del 20 de diciembre de 2000. Ucencia funcionamiento ETDH Departamento de Antioquia Resolución No. 050176 del 26 de diciembre 2011, modificada por Resolución No. 092210 del 21 de agosto 2013

Certifica que: _____

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Con documento de identidad No. 35545190

Asistió al:

Diplomado en Gestión y Gerencia de Proyectos Virtual

Con una duración de 120 horas

Finalizado el 18 de abril de 2023

David Restrepo Londono
Rector Institute de Educación





GOBERNACION DE ANTIOQUIA



UNIDOS

Hacen constar que:

Massiel Solange Salazar Palacios

Numero de documento

35545190

Asisti6 al:

**IX SIMPOSIO NACIONAL Y XXII SIMPOSIO
DEPARTAMENTAL DE TUBERCULOSIS Y VIH
UNIDOS PARA EL CUIDADO DE LA VIDA**

Realizado en Medellfn el viernes 2 de diciembre 2022, con una intensidad de ocho horas. En testimonio de ello se firma en Medellfn.

HECTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
E.S.E Hospital La Maria

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO
Secretaria Seccional de Salud y
Protecci6n Social de Antioquia



INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COLOMBIA

ERICA
EDUCACION CERTIFICADA

Licenciadefuncionamiento otorgada mediante Resolucion 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaria de Educacion de Medellin,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT° 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Con Documento de Identidad No 35545190

CURS6 Y APROB6 EL DIPLOMADO EN

SOPORTE VITAL AVANZADO

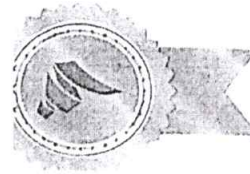
Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLIN - NOVIEMBRE - 09 DE 2021

Registra?o en el Libro de Actas No 0020211109

CODIGO DE SEGUIMIENTO 211109S

[Handwritten signature]



Rector - Daniel auricio Trejos Castaneda

www.potisu1a.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo electrónico: matriculas@potisu1a.edu.co o al teléfono: 476 11 11 con el cual se registró la

Hacen constar que:

Massiel Salazar Palacios

Numero de documento

35545190

Asistió al:

**SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES ASOCIADAS
A LA ATENCIÓN EN SALUD E INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS IAAS/IRA
UNIDOS PARA LA PREVENCIÓN**

Realizado en Medellín el viernes 9 de diciembre 2022, con una intensidad de seis horas. En testimonio de ello se firma en Medellín.



HECTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
E.S.E Hospital La María

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO
Secretaria Seccional de Salud y
Protección Social de Antioquia



Btpt1bhc« bt <!Colontbin
tilirpartamittto be □utioqum

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

HACE CONSTAR QUE:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

con documento de identidad C.C. 35545190

Curs6 y aprob6

DIPLOMADO VIRTUAL EN PRIMERA INFANCIA E INFANCIA CON ENFOQUE CLINICO (basado en AIEPI Clinico)

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas
Registrado en el Libro de Actas N°. 045
Medellín, 3 de diciembre de 2023.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



UNIDOS



Santiago Botero Rua
Director

El Politecnico Mayor se encuentra certificado en calidad por Icontec e IQNET en la norma ISO 9001:2015 código SC6740-1.

Para verificar la autenticidad escanear en su celular el QR o ingresar a <https://www.politecnicomayor.edu.co/certificados> y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el C6digo: PKECUAT

ti

fit
MO kI universid?
Pontificia
Bolivariana

Certifica que

Massiel Solange Salazar Palacios

35545190

Participo en calidad de asistente en el

Simposio: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS IAAS.

Un reto en el cuidado de la vida

Realizado en Medellín, el 26 de noviembre de 2020

Con una intensidad de 8 horas

Marco Antonio Gonzalez Agudé
Decano Escuela de Ciencias d'la Salud
Universidad Pontificia Bolivariana

Juan Carlos Perez Perez
Director de Extension Multicampus
Univcrsid0cl Pontifici1JBol1v0r1.1na

Hector Jaime Garro Yepes
Gerente General
E.S.E HDs01tal La Mana

la /sis:amne Sanc
Secretaria Secc-onal de Salud y
Proteccion Secc-al de Anticua

@ universida
Pontificia
Bolivari,ma

D



Hace constar que:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

cc 35545190

Asistió, participó y aprobó el Curso de formación Continua

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE
ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad de 10 horas

Se firma en Medellín, a los 10 días de mes de junio de 2021

Jorge Aygusfo Valencia Valencia
Rector

Paula Marcela Botero Arias
Secretaria Académica

El día 15 de diciembre de 2015, emmenda por la Secretaría de Educación de Medellín

Licencia de funcionamiento 015117d

MCP

Hi

L

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ



PROYECTO VIH FONDO MUNDIAL

of/a5,iel g,"1""[]=c1

Identificado (a) con C.C. 3554S, 10,Q, porticip6 en el

Taller Departamental para la Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH con lectura de Prueba Rápida
Según Resolución 2338 del 2013 Del Ministerio De Salud Y Protección Social de Colombia

Desarrollado en el marco del proyecto "Construcción de capacidad comunitaria e institucional para lo oferta de servicios preventivos y de salud, la reducción de la morbi-mortalidad y vulnerabilidad asociado al VIH/SIDA en grupos cloves afectados", construido por el Mecanismo Coordinador de Pofs MCP y financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, cuya implementación está a cargo de Global Communities y la Entidad Ejecutora Fundación Antioqueña de Infectología.

El taller se realizó en la ciudad de Quibdó en los días 1 y 2 del mes de Abril del 2014, con una intensidad de 16 horas.

Por lo constancio se firmo el día 2 del mes de Abril del 2014

[Firma]

FIRMA RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO

[Firma]

FIRMA RESPONSABLE EE

[Firma]

FIRMA TALLERISTA

LUZ ESTELLA VARELA LONDONO
Coordinadora Oficina de Extension

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

En atención a que:

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 35545190

Estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Tecnológica del Chocó "Diego Luis Córdoba"

Luego de cumplir con las actividades programadas con una intensidad de 198 horas, y de reunir los demás requisitos que exigen las normas universitarias, le expide el presente certificado:

Pasantía académica en las áreas de Gestión del Cuidado de Enfermería
en: Ortopedia, Urología y Neurología

En testimonio de ello se firma en Medellín, el 17 de Diciembre de 2010

q □/4- □□P4 e. oP.q
MAJUA ISABEL LALINDE ANGEL
Decana

L 6°6.b.□□ vo')rd. o' -l
LUZ ESTELLA VARELA LONDONO
Coordinadora Oficina de Extensión



libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Con Cédula de Ciudadanía No. 35.545.190

Curso y aprobo la acción de Formación

ATENCIÓN AL CLIENTE

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Quibdó, a los trece (13) días del mes de junio de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por

MARIA LUISA PARRA MURILLO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

MARIA LUISA PARRA MURILLO

SUBDIRECTOR

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD
REGIONAL CHOCÓ

5630779 - 2011/06/13

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede verificarse en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://critic.sena.edu.co>, bajo el número 3549100355451900.



Libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

111ASSEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

Con Cedula de Ciudadania No. 35.545.190

Curso y aprobó la acción de Formación

ATENCIÓN HUMANIZADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Quibdó, a los trece (13) días del mes de febrero de dos mil Once (2011)

Firmado Digitalmente por

MARIA LUISA PARRA MURILLO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

MARIA LUISA PARRA MURILLO

SUBDIRECTOR

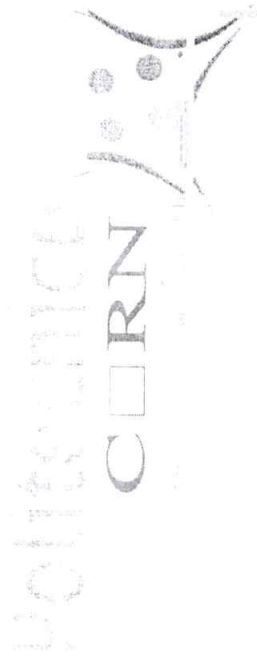
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD

REGIONAL CHOCHO

5521643 - 2011/06/13

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico, se encuentra en la página <http://wfb.http://certificamos.sena.edu.co>, bajo el número 952300229517CC35545190C.



Certifica que

MASSIEL SOLANGESALAZAR PALACIOS

c.c. 35545190

Realizó el
Curso

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA "VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL"

Con una intensidad de 40 horas

Se firma en Medellín a los 9 días del mes de diciembre de 2016


Claudia ☐lena Vanegui Bejarano

Rectora


Paula Maldonado Botero Arias

Secretaría Académica



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Extensión Académica**

Certifica que:

Massiel Solange S alazar Palacios

CC. 35.545.190

Participé y aprobo el curso de

Soporle Vital Avanzado Integral

Dictado en el campus de esta institución, con una intensidad de 48 horas.
Entregado el día 29 de septiembre de 2016

Dr. Jairo W. Faastarieda Decano
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Alejandro Gomez Alvaret.
Instructor del Curso

CS. Angela Barrios Rincon. Directora
Extensión Académica



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

**Facultad de Ciencias de la Salud
Extensión Académica**

Certifica que:

Massiel Solano Salazar, p.c.i.

CC. 35.545.190

Participó y aprobó el curso de

Soporte Vital Avanzado (Nuevas Guías 2015)

Dictado en el campus de esta institución, con una intensidad de 24 horas
Entregado el día 29 de septiembre de 2016.



Dr. Jairo W. Jaramilla, Decano
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Alejandro Gomez Alvarez
Instructor del Curso

CS Angela Barrios Rincon, Directora
Extensión Académica



Certifica que

MASSIE S LAN ESALAZAR PALACIOS

c.c. 35545190

Realiz6 el
Curso

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Con una intensidad de 8 horas

Se firma en Medellfn a los 19 dfas del mes de octubre de 2016


CL en va g'ij jara
Rectora


U VO Paula Marcóla Botero Arias
Secretaría Académica

Licencia de Funcionamiento 015117 de diciembre 15 de 2015, emitida por la Secretaría de EducacícSn de Medellfn.

ESTE CERTIFICADO ES OTODC.T.DQ.

Massiel Salazar

355.5 3:J
DOCUMENTO

FECHA

VAUDEZ

Vivaldi - Ingenieria Hospitalaria

Otorga el presente certificado a la asisE7C10 a la capacidad 07 sobre el manejo bas...o de los ep...o medic...is...mregscosa a través del contrat: 6000/3666 cl...o file: A001, in...es equipos biomedi...os / dispositivos n-eji...os. re...es, nos para la ejecución del proy...cc 'Fort...aCO' de la prEstadici; de si...os de salud y las acciones de sa...p...ics djra-e la pancma 5...i;5 COV-2 (covid-19) el-A7i oqclia-con 1...na ners...la de 8 h...as

OVI...YO 190.7'00.

FRANCISCO CANAN
FACIUTADOR

www.vvaldi.com.co
Tel: +57 324 425 661

La Dirección Seccional de Salud
y Protección Social de Antioquia

SECRETARÍA DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
Antioquia para todos.
Manos a la obra!

Certifica que:

MASSIEL SALAZAR P, ILACIOS

identificada con CC No 35.51/5.1CfO

Asistió

AL SIMPOSIO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN OPORTUNA
DE LOS TIPOS DE CÁNCER DE MAYOR PREVALENCIA
EN ANTIOQUIA

Realizado en la ciudad de Medellín el día 3 de diciembre de 2010,
con una duración de 4 horas.

Dado en Medellín a los 3 días del mes de diciembre de 2010.

? /1701

HICT ☐ UEL QUIROS ARANGO
Director Dirección de Atención a las Personas

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

CC.35.545.190

APROBO EL CURSO

CONTABILIDAD BASICA

DURACION 100 HORAS

Betty -- J/444 ☐

BETTY EUGENIA MORENO MORENO

JEFEDEC70

Quibdo, 7 de Septiembre de 2004
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

MULTISECTORIAL QUIBDO
CENTRO DE FORMACION

SGC2004AP00166 21/09/2004
No Y FECHA DE REGISTRO

CH0009159

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

CC. 35 541 190

APROBO EL CURSO

INFORMATICA BASICA

DURACION 60 HORAS

Betty Eugenia Moreno
BETTY EUGENIA MORENO

JEFE DE CENTRO

Quibdo, 6 de Junio de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

MULTISECTORIAL QUIBDO
CENTRO DE FORMACION

5

CH0000799

SGC2003AP00124 06/06/2003
Nº Y FECHA DE REGISTRO

ESTAMPADO DE INFORMACION FOLIO 18



RESOLUCIÓN NUMERO. 27

DE 2014

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS, identificada con cedula de ciudadanía numero 35.545.190 expedida en Quibdó, para ejercer la Profesión en el Territorio Nacional como ENFERMERA.

ARTICULO SEGUNDO: Para ejercer la Profesión en Zona Geografica diferente donde Obtuvo la autorización el título, el titular deberá inscribir su nombre en la Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer la Vigilancia y el Control que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Quibdó a los,


DÁMY MERCEDES MORENO CORDOBA
Secretaria de Salud Departamental

UNIDOS

Construyendo Desarrollo

GOBERNACIÓN DEL CHOCO



Secretaría de Salud

RESOLUCION NUMERO 27

01-01-13

DE 2014

Por la cual se concede autorización para el ejercicio Profesional

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO

En uso de sus facultades legales, en especial la conferida en el decreto 0002 de Enero de 2014 y

CONSIDERANDO:

Que, en cumplimiento de lo normado en la ley 1164 de 2007 y resolución 1058 del 23 de marzo de 2010 emanado respectivamente del congreso de la república y ministerio de la protección social se establece la creación del servicio social obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual deben ser prestados en poblaciones deprimidas urbanas o rurales de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. Que, en conformidad al artículo 10 de la resolución 1058 del 23 de Marzo de 2010 el servicio social deberá prestarse por un término no inferior a un año conforme al Artículo 16 de la referida resolución

Que MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS, identificada con cédula de ciudadanía número 35 545 190 expedida en Quidá, ha solicitado a esta Secretaría de Salud autorización para el ejercicio profesional, allegando para ello, certificación del Título de ENFERMERA otorgado por la UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO "DIEGO LUIS CORDOBA" según Acta de grado N° 1035 de fecha 16/09/2011

Que MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS, cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la IPS CAPRECOM CHOCO en el Centro de Salud del Municipio de Acandí, durante el tiempo comprendido entre 01-01-2013 hasta 31-12-2013

Jerico, 15 de febrero de 2024

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA NUEVA E.S.E.
HOSPITAL SAN RAFAEL DE JERICÓ
NIT. 890.980.765-9

HACE CONSTAR

Que **MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS**, identificada con la cedula de ciudadanía numero 35.545.190, presta sus servicios en esta Institución desde el 21 de julio de 2016, como Enfermera, por media de un contrato a termino indefinido, desarrollando las siguientes funciones específicas:

Velar por la recuperación, mantenimiento de la salud y la satisfacción de los usuarios, mediante el uso de los conocimientos científicos y técnicos de su profesión y en concordancia con el modelo de atención en salud definido por la organización.
Elaborar la anamnesis, el examen físico y las actividades de exploración clínica necesarias para prestar una consulta acorde con los estándares de calidad de la organización cuando así sea requerido.
Elaborar las historias clínicas de los pacientes cumpliendo con los estándares de calidad de la organización y la exigencias legales vigentes.
Organizar el funcionamiento operativo del área de promoción y prevención, velando por el cumplimiento de los estándares de calidad, la satisfacción de los usuarios y costo de los servicios, en concordancia con el modelo de atención en salud definido por la organización y los estándares de calidad.
Participar en la formulación y en la determinación de los planes y programas del proceso misional.
Desarrollar las gestiones administrativas para garantizar el suministro de los elementos e insumos necesarios para el funcionamiento de los procesos de su responsabilidad.
Valorar los pacientes y establecer el plan de cuidados de enfermería para los que requieran su intervención y para los casos determinados en los programas de promoción y prevención, pacientes especiales (alto costo, medicación permanente, medicación transitoria), salud ocupacional y demás que se manejen en las IPS de su responsabilidad.
Organizar el trabajo y los procedimientos que serán ejecutados por el personal auxiliar de enfermería y controlar su realización.



Responder por el comite de vigilancia epidemiológica y los planes de acción <u>producto de este >: llevar informes al COVE municipal.</u>
Velar por el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención establecidas por cada EAPB, creando estrategias que propendan al mejoramiento continuo
Desarrollar con su equipo de trabajo las acciones de salud pública dirigidas a la colectividad creando estrategias adecuadas.
Valorar el estado de salud de la población del área de influencia a través de un diagnóstico epidemiológico actualizado cada año.
Mantener una adecuada información a los pacientes y familiares acerca de la evolución de los casos, complicaciones presentadas, necesidad de intervenciones y estudios, elaboración de duelos.
Desarrollar su actividad laboral bajo los parámetros legales, éticos y morales que su profesión exige, contribuyendo al desarrollo del modelo de atención.
Preparar y suscribir en forma oportuna, los informes y las comunicaciones inherentes a su trabajo y demás documentos necesarios para el desempeño de sus funciones.
Generar estrategias para el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos que ejecute, proponiendo las acciones correctivas y preventivas que sean necesarias.
Cuidar los implementos de trabajo dejados bajo su custodia y responder por los daños o pérdidas causados por negligencia o mal uso de los mismos.
Coordinar, planear, ejecutar y controlar conjuntamente con los profesionales del Área de Atención al usuario la prestación de los servicios asistenciales de salud, ajustando los programas de promoción, prevención y rehabilitación establecidos por la E.S.E.
Apoyar e incentivar la participación activa del personal a su cargo realizando una evaluación continua y objetiva del desempeño personal, la productividad y eficiencia.
Ejecutar las funciones del Subgerente Científico en la ausencia del mismo.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado.

1. 1/10-7 1/10-1
SEN MIFNOZ IRA

La Rectora y Secretaria Academica del Institute de Ciencias Aplicadas INDECAP, Institución de carácter privado fundado en 1985, Con licencias de Funcionamiento Numero 0007470 de 08 de Marzo de 2010, 0088449 de 29 de Marzo de 2010, 0110428 del 04 de Octubre de 2010, modificadas parcialmente por la resolución numero 2016060005081 del 28 de Marzo de 2016, y Resoluciones de aprobación de programas numeros 020115 de 07 de Julio de 2011, 43002 del 21 de Noviembre de 2011, 54726 del 29 de Junio de 2016, expedidas por la Secretaria de Educación y cultura de Antioquia y Acuerdos 003 y 134 del Ministerio de la protección Social.

HACE CONSTAR QUE:

Que: **MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS**, identificada con documento de Identidad, 35545190, estuvo en el proceso de acompañamiento de practicas productivas en las fechas de ingreso 18 de agosto del 2016 practica clínica y fecha de terminación 11 de octubre del 2019 y en la misma fecha estuvo como docente guía 20 de marzo del 2018 hasta 11 de noviembre del 2019, de Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, Tecnico laboral por competencias en Auxiliar En Enfermería.

Dado en Medellín a los 10 días del mes de noviembre de 2021.



Arley Eduardo Lenis Guzman

Coordinador Academico INDECAP.

Fijo:4484794/ext101-3173694012



REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES: MASSIEL SOLANGE

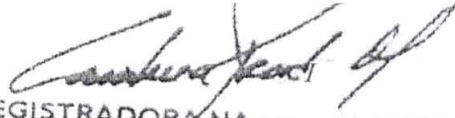
APELLIDOS: S. PALACIOS

C.C.: S. QV. 3DO

UNIVERSIDAD: CNOLOGICA DEL CHOCO

RUN NO: 44011

Fecha de emisión: 17/JULIO/2016



REGISTRADORA NACIONAL ALANEC

Estatuto de la Ley 266 de 1996 Yes ☒ documento publico se
 xp de de cu' do on
 todo el T nitorio Nacional.

Si es encontrada par favor devolvér a ANEC Nacional
 Carr 27 No. 11 - 21 Piso 2º. Bogotá D.C.

(415)7707212489984(8020) 000211866367346 2

20242126026566

ReTHUS

A continuaci6n diligencie la identificaci6n o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificaci6n *

Cedula de Ciudadania

Numero de Identificaci6n *

35545190

Primer Nombre

MASSIEL

Primer Apellido

SALAZAR

Confirme los numeros de la Imagen *

6 1 0 6

Cambiar

6973



Limpia

Resultado General -2025-03-26+7:20:25 PM

Tipo Identificaci6n	Nro. Identificaci6n	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci6n:
CC	35545190	MASSIEL	SOLANGE	SALAZAR	PALACIOS	Vigente

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constat6 que el (la) sefior(a) MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS identificado(a) con CC 35545190 registra La siguiente informaci6n:

2025-03-26+7:20:25 PM

Informaci6n Academica

Tipo Programa	Origen Obtenci6n Titulo	Profesi6n u Ocupaci6n	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermeria	2015-07-17		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA -ANEC

La informaci6n dispuesta se encuentra en proceso de actualizaci6n de conformidad con lo senalado oor el Ministerio de Salud y Protecci6n Social. El talento humano en salud

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

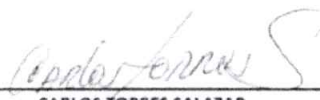
El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 35545190
Nombres:	MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2026-04-01
Estado de afiliación:	No vigente
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	B
Departamento - Municipio:	ANTIOQUIA YARUMAL

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el 2026-03-31 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-04-30


CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

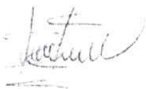


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS** identificado/a con documento de identidad **Cedula de Ciudadanía** numero **35545190**, se encuentra afiliado/a desde **22/01/2013** al Regimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de marzo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la pagina Web. Este documento no es valido para el reconocimiento de prestaciones económicas, esta sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
5402076730

PÓLIZA No: 540 -89 - 994000013432 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA				COD. AGE: 540				RAMO: 89				PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
09	01	2026		09	01	2026	23:59	09	01	2027	23:59	09	01	2026	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESIÓN			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICIÓN				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO			
				09 01 2026 23:59				09 01 2027 23:59				09 01 2027 23:59				365			
				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS							

DATOS DEL TOMADOR				IDENTIFICACIÓN: CC				35.545.190			
NOMBRE: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS											
DIRECCIÓN: CALLE 65 SUR 17 81				CIUDAD: VALDIVIA, ANTIOQUIA				TELÉFONO: 3127898883			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO				IDENTIFICACIÓN: CC				35.545.190			
ASEGURADO: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS											
DIRECCIÓN: CALLE 65 SUR 17 81				CIUDAD: VALDIVIA, ANTIOQUIA				TELÉFONO: 3127898883			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS				IDENTIFICACIÓN: NIT				001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS				CIUDAD: VALDIVIA			
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA							
DIRECCIÓN: CALLE 65 S SUR #65 S - 17 SUR							
ACTIVIDAD: ENFERMERA							
DESCRIPCIÓN		AMPAROS		SUMA ASEGURADA		LÍMITE POR EVENTO	
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO				\$ 100,000,000.00			
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA				100,000,000.00			
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO				100,000,000.00		0.00	
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS				100,000,000.00		0.00	
SUSTITUCIÓN PROVISIONAL				100,000,000.00		0.00	
GASTOS DE DEFENSA				10,000,000.00		0.00	
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCIÓN PROVISIONAL							

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***100,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****84,650	GASTOS EXPEDICIÓN: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****18,934	TOTAL A PAGAR: \$ *****118,583
--	--------------------------------	--	------------------------	-----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE MAIRA STELLA CONTRERAS OVIEDO	CLAVE 10357	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA MACONTRERAS 0

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

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

FIRMA ASEGURADOR		FIRMA TOMADOR	
(415)7701861000019(8020)00000000007000540207673			
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá		MACONTRERAS 0	

CBDC207A0F08FA795C CLIENTE

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA

COD. AGENCIA: 540

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000013432 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

ASEGURADO: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

ASEGURADO: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 65 S SUR #65 S - 17 SUR

PROFESION ASEGURADA: Enfermería Profesional

ESPECIALIZACION: Enfermería Profesional

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 09 del mes de 01 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

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

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

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

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Sinistro: treinta (30) días.

Cláusula de no renovación tácita o automática.

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

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

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

DEDUCIBLES:

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

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

EXCLUSIONES:

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA

COD. AGENCIA: 540

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000013432 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

ASEGURADO: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

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

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente. Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.

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

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

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

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

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA

COD. AGENCIA: 540

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000013432 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

ASEGURADO: MASSIEL SOLANGE SALAZAR PALACIOS

IDENTIFICACIÓN: CC 35.545.190

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

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

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACIÓN	ARL NO DEFINIDA	01/04/2026 11:27:31	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	891982129	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	KR 8 7 18 FLORESTA	15488

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 8 N 7 18		VALDIVIA	Antioquia

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	35545190	SALAZAR	PALACIOS		
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		
MASSIEL SOLANGE		25/7/1984	CALLE LIBERTADOR		
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
VALDIVIA	0	3127898883	massiel61@gmail.com	F	
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
		Urbana			
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
COOSALUD E.S.S.	215	Colpensiones	2		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO		
Mes Anticipado		6/4/2026	91800000		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	6/4/2026	31/12/2026	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			

1122000	10200000	4080000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	NO DEFINIDA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
Actividades de hospitales y clínicas (Decreto 768 de 2022)	5861001	5	

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X																
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X																
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X																
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X																

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES				
NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

Enfermera P4m

\$ 5000000

#58

Ail✓

LISTA DE DOCUMENTOS PARA CONTRATAR 2026		A	N/A
EXAMEN MEDICO-OCUPACIONAL DE INGRESO (METRICA YARUMAL-3117787971) VIRTUAL 3005040127		✓	
CARTA DE PRESENTACIÓN-PROPUESTA TÉCNICO -ECONÓMICA			
FORMATO UNICO HOJA DE VIDA FUNCIÓN PUBLICA -DIGITAL (ACTUALIZADA)		✓	
FORMATO DECLARACION DE BIENES Y RENTAS FUNCION PUBLICA			
https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013			
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL CONTRATISTA O DEL REPRESENTANTE LEGAL		✓	
FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL		✓	
SOPORTES ESTUDIOS (Que demuestren idoneidad para cumplir con el objeto contractual)		✓	
SOPORTES EXPERIENCIA (Que demuestren idoneidad para cumplir con el objeto contractual)		✓	
LICENCIA DE CONDUCCION VIGENTE (PARA CONTRATOS QUE INCLUYAN ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS)			
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PROFESIONALES VIGENTE		✓	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL.(PARA PERSONAS JURIDICAS) VIGENTE			
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS -PROCURADURIA- VIGENTE		✓	
CERTIFICADO REDAM "REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS"		✓	
CERTIFICADO DE DELITOS SEXUAL MENORES DE 18 (891982129-7)		✓	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES -CONTRALORIA - VIGENTE (persona natural o persona jurídica y representante legal)		✓	
CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES POLICIA -VIGENTE		✓	
CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS-VIGENTE		✓	
CERTIFICADO DE AFILIACION AL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SALUD, PENSIÓN, ARL)		✓	
CERTIFICACION DE LA CUENTA BANCARIA (BANCOLOMBIA)			
POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL (MEDICO-ENFERMERO-ODONTOLOGO-AUX. ENFERMERÍA- PSICOLOGOS Y DEMAS PERSONAL DEL AREA DE LA SALUD)-CONTRATISTAS		✓	
RETHUS EN CASO DE SER DEL AREA DE LA SALUD		✓	
R.U.T. (ACTUALIZADO)		✓	
hospitalvaldiviacontratacion@gmail.com			

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA 891982129-7

\$ 4.166.650

\$ 40.000.000

\$ 44.166.650

casal
culpen

ACUERDO DE PAGO – SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Fecha, _____.

FUNDAMENTO JURIDICO

Actualmente, los trabajadores independientes vinculados a través de contratos de prestación de servicios, son responsables de realizar sus propios pagos a la seguridad social en virtud de la Ley 100 de 1993.

La Ley 2381 de 2024, denominada reforma pensional, se estableció nuevas obligaciones para las empresas en Colombia, y a partir del 1º de julio de 2025, las empresas contratantes deberán asumir la responsabilidad de pagar los aportes a la seguridad social de los contratistas independientes en el pilar contributivo.

El 16 de mayo de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 467 de 2025, para ajustar desde el 1 de agosto de 2025 la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, dando cumplimiento a la Reforma Pensional establecida en la Ley 2381 de 2024 "Por medio de la cual se establece el Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, y se dictan otras disposiciones".

Entonces con la expedida la resolución 467 de 2025, se reglamentaron varios aspectos y se aclaró que la retención de aportes a la seguridad social por parte de los contratantes, solo se realizaría si se llegaba a un mutuo acuerdo con el contratista. Por lo que,

ACUERDO ENTRE LAS PARTES

Entre la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, a través de su Representante Legal Doctora **MARISELA COROMOTO AVENDAÑO** y el (la) señor (a) Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35.545.190 de Quibdó, llegamos al siguiente acuerdo:

PRIMERO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35.545.190 de Quibdó, **NO AUTORIZO** a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, para que me haga las retenciones de aportes a seguridad social.

SEGUNDO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35.545.190 de Quibdó, continuare realizando los pagos de mis aportes a la seguridad social y los

"Unidos por la salud y la vida"

Carrera 8 No 7 – 18 Teléfonos Atención al Usuario: 8360176 - Urgencias: 8360141
NIT: 891982129-7 E-mail: siau@esehospitalsanjuandedios-valdivia-antioquia.gov.co
Valdivia – Antioquia

presentaré a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia mes a mes con las cuentas de cobro.

TERCERO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35-545-190 de Quibdó, **EXONERO a la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia** de cualquier tipo de responsabilidad civil, laboral, administrativa, penal y otra, y que tenga que ver o tenga relación con el pago de mi seguridad social.

CUARTO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35-545-190 de Quibdó, **ASUMO LA OBLIGACIÓN** de seguir cotizando como independientes, teniendo en cuenta los lineamientos trazados en la resolución 467 de 2025 y demás normas complementarias.

QUINTO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35-545-190 de Quibdó, **CONSERVARE** todos los soportes que acrediten la afiliación y el cumplimiento de los pagos, para efectos de control y fiscalización ante las autoridades competentes.

SEXTO: Yo Massiel S. Salazar P., persona mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 35-545-190 de Quibdó, **CUMPLIRE** con las obligaciones relacionadas con el pago de la seguridad social y manifiesto que conozco las consecuencias legales y económicas significativas, que se puedan generar por el no pago dentro de los parámetros legales, y RECONOZCO que será de mi exclusiva RESPONSABILIDAD el pago de mi seguridad social, por lo que exonero a la ESE Hospital San Juan de Dios de cualquier responsabilidad.

SEPTIMO: La ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio de Valdivia – Antioquia, **ACEPTA y RESPETA la voluntad del contratista**, recordándole la importancia de estar al día en el pago de la seguridad social, y hacer los pagos dentro de los lineamientos legales, para que se evite sanciones o multas.

Dada en el Municipio de Valdivia, a los 5 de (5) días del mes de Abril de 2026.


MARISELA COROMOTO AVENDAÑO
Gerente de la ESE Hospital
Contratante

Massiel S. Salazar P.
C.C. Nro. 35-545-190
Contratista.

“Unidos por la salud y la vida”

Carrera 8 No 7 – 18 Teléfonos Atención al Usuario: 8360176 - Urgencias: 8360141
NIT: 891982129-7 E-mail: siau@esehospitalsanjuandedios-valdivia-antioquia.gov.co
Valdivia – Antioquia