

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.140.885.740**

**PEDROZO BENTHAN**  
APELLIDOS

**WENDY PAOLA**  
NOMBRES

*Wendy Pedrozo Benthian*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1996**

**MOMPOS**  
(BOLIVAR)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**10-JUN-2014 BARRANQUILLA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



P-0300150-00596244-F-1140885740-20140707 0039124810A 1 43149556





En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN, Identificado (a) con Cédula No.1140885740 y Profesión medico general

AUTORIZO que la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION en calidad de Responsable del Tratamiento de datos pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: 

	SI	N/A
<b>LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:</b>		
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		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.

### Escritorio

#### OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han  
encontrado

#### ÚLTIMAS OFERTAS

No se han  
encontrado

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Men...

### Sugerencias SECOP



**Estimado  
usuario**

En este momento estamos presentando intermitencias con la **validación SIIF y Factura electrónica en el SECOP II**; sin embargo, dicha intermitencia **no será bloqueante por lo que pueden continuar con la gestión en SECOP II**. Esteremos informando tan pronto sea normalizado el servicio.



2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141101880133



(415)7707212489984(8020) 000014110188013 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

PEDROZO

32. Segundo apellido

BENTHAN

33. Primer nombre

WENDY

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Fundación

2 8 8

41. Dirección principal

CR 5 A 16 46 AP 2 BRR SAN BERNARDO

42. Correo electrónico

pedrozobenthanwen16@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 8 2 2 5 3 3 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 0 1 2 2

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1 2

## Ocupación

51. Código

## 52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código  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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

54. Código  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20

## 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 1025 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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

141101880133



(415)7707212489984(8020) 0000141101880133

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta 14. Buzón electrónico

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0 9 1 9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza  63. Formas asociativas  64. Entidades u institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados   
 65. Fondos  66. Cooperativas  67. Sociedades y organismos extranjeros   
 68. Sin personería jurídica  69. Otras organizaciones no clasificadas  70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 9		82. Nacional	_____ %
72. Número	_____		83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____		84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____		85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	2 0 1 5 0 6 0 4		87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matriculación mercantil	0 0 0 0 6 2 3 4 3 7			
78. Departamento	0 8			
79. Ciudad/Municipio	0 0 1			
<b>Vigencia</b>				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			



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

ENTIDAD RECEPTORA

1

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO PEDROZO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENTHAN	NOMBRES WENDY PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1140885740	GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1996"/> PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLÍVAR MUNICIPIO SANTA CRUZ DE MOMPOX	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 5A 16 37 CASA SAN BERNARDO PAÍS COLOMBIA MUNICIPIO FUNDACIÓN TELÉFONO 11111	DEPTO MAGDALENA EMAIL pedrozobenthanwen16@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	BÁSICA SECUNDARIA				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES	11	AÑO	2012		

**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	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2020	1140885740

3

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA ÁREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16 5 45						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día	17	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA ÁREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16 5 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	03	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA - INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16A 5 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 54140124			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16 5A 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 54140124			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 15 5A 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 5A 16 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 5A 16 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		01	Mes		10	Año		2023	Día		31	Mes		10	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 5A 16 46												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		01	Mes		09	Año		2023	Día		30	Mes		09	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 5A 16 46												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		01	Mes		08	Año		2023	Día		31	Mes		08	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16 5A 46												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		16	Mes		06	Año		2023	Día		31	Mes		07	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 16 5A 46												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA												
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD												
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO												
			Día		16	Mes		05	Año		2023	Día		15	Mes		06	Año		2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA EN SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 5A 16 46												

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2023	Día	15	Mes	05	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 5A SUR 16 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	08	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2022	Día	15	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2022	Día	30	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	12	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	11	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 48 SUR						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	08	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO FUNDACIÓN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118225336			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	09	Mes	04	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA INDEPENDIENTE			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 16 5A 48 SUR						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

### OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia  
Secretaría de Educación Departamental



## Institución Educativa De Las Boquillas

Las Boquillas, Mompos - Bolívar

Reconocimiento oficial según Resolución No. 0416 de Diciembre 26 de 2005  
Emanada de la Secretaría de Educación Departamental

Confiere a

**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

Identificado(a) con T.I. No. 96051623999 expedida en MOMPOS

El Título de  
**Bachiller Académico**

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes  
al nivel de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes  
reglamentada por la Ley 115, Decreto 1860 de 1994 y 1290 de 2009

  
Lic. **EVER BOGHA VELANDES**  
Rector



Anotado en el Acta No 13 Libro No. 02

Folio 78 Registro No. 041

Dado en Las Boquillas, Mompos-Bolívar, a los 9 días del mes de Noviembre del año 2012.

No requiere de Registro en la Secretaría de Educación  
Departamental según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del  
5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

# República de Colombia



y en su nombre

## Institución Educativa De Las Boquillas

Reconocimiento oficial según Resolución No. 0416 de Diciembre 26 de 2005  
Concedida por la Secretaría de Educación Departamental

### Acta de Grado No.13

En Las Boquillas, Mompós-Bolívar, a los 9 días del mes de Noviembre del año 2012, se reunieron en ceremonia oficial con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los Suscritos Rector y Secretaria en la sede de la Institución Educativa De Las Boquillas. Institución con Reconocimiento oficial según Resolución No. 0416 de Diciembre 26 de 2005 en los niveles de Preescolar, Primaria y Secundaria, otorgada por la Secretaría de Educación Departamental

Una vez comprobada la situación legal y académica de cada uno de los graduandos, se procedió a otorgar el título de:

## Bachiller Académico

Al graduando cuyo Nombre Completo y Número de Identificación de detallan a continuación

**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

*Identificado(a) con T.I. No. 96051623999 expedida en MOMPOS*

Es fiel copia tomada del acta original No. 13, que comienza con el nombre de ACOSTA TAFUR HERCILIA MARÍA y termina con el nombre de VELAIDES ROJAS BRAYAN JOSÉ, firmada por: Lic. EVER ROCHA VELAIDES(Rector).

En constancia firma

  
Lic. EVER ROCHA VELAIDES

Rector



REPÚBLICA DE COLOMBIA,  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Calle Floriberto a la altura del km. 3852 del 27 de Julio. Teléfono: 494 1111 y 494 1112. Correo electrónico: [informacion@unimetro.edu.co](mailto:informacion@unimetro.edu.co)  
Nómina de Rectores de la Universidad Metropolitana con el Ministerio de Educación Nacional



TENIENDO EN CUENTA QUE

**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

CC.Nº. 1 140 885 740

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
REGLEMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

**MÉDICO**

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA ATLÁNTICO,  
A LOS 22 DÍAS DEL MES ENERO DEL AÑO 2021.

*Francisco*  
VICE-RECTOR

*Wendy Paola Pedrozo Benthán*  
RECTOR

*Antonio*  
DIRECTOR DE PROGRAMA



# UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Decreto Ley No. 2052 del 25 de febrero de 1974, expedido por el Ministerio de Educación y por sucesivos decretos, instituida como Universidad  
mediante la Resolución No. 30687 del 25 de junio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

## ACTA DE GRADO

*Programa de MEDICINA*

*Código: Código: M-100-9466-21*

En Barranquilla a los 22 días del mes de Enero de 2021, según consta en el Acta No 100, de forma virtual a través de la aplicación Teams de la Plataforma Office 365 y en atención a la Directiva del Ministerio de Educación Nacional No. 02 del 19 de marzo de 2020, los señores JUAN JOSE ACOSTA OSSIO, Rector de la Universidad Metropolitana; ARTURO GONZALEZ PEÑA, Vice-Rector Académico, OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ Director(a) del Programa, con el fin de protocolizar el grado en el Programa de Medicina a:

*Wendy Paola Pedrozo Benthán*

*Cédula De Ciudadanía 1.140.885.740 de Barranquilla*

Quien recibe su título después de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El señor Rector de la Universidad autorizó el envío del Diploma que lo acredita como:

*Médico*

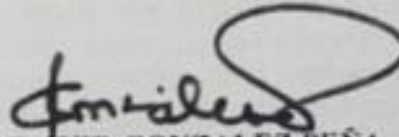
Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO  
Rector

(Fdo) OSMAR DE JESÚS PÉREZ PÉREZ  
Director(a) de Programa

(Fdo) ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA  
Vice-Rector Académico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.

  
ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA  
Vice-Rector Académico



*Tribunal Nacional de Ética Médica*  
*Ley 23 / 81 - Artículo 63*

**C114088574000307825**  
Codigo de verificación

**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) **WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**, identificado(a) con C.C. No. 1140885740 y T.P. o R.M. No. 1140885740 del(a) Colegio Médico Colombiano, 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/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

**“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”**

Dada en Bogotá, D. C., el martes 03 marzo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

  
  
**HERMAN REDONDO GOMEZ**  
Presidente

*Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.*  
*E-Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)*  
*[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)*



La salud  
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

## IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN

C.C. 1140885740



MÉDICO

Universidad Metropolitana

Barranquilla

Grado: 22/01/2021

Rethus: 29/01/2021



[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General -2026-03-03--3:05:24 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1140885740	WENDY	PAOLA	PEDROZO	BENTHAN	Vigente	<a href="#">Ver</a>

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) WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN identificado(a) con CC 1140885740 registra La siguiente información:

2026-03-03--3:05:24 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2021-01-29	80749	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA ATLÁNTICO BARRANQUILLA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



**SEGUROS DEL ESTADO**  
NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN MEDELLIN	SUCURSAL MEDELLIN	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 65-03-101058047	ANEXO No. 4
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15 WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN CR 5 A NRO. 16 - 36 TERCEROS AFECTADOS		NIT TELEFONO CC TELEFONO NIT	890.905.574-1 4197284 1.140.885.740 3225261562 0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	
18 / 06 / 2025	30 / 06 / 2025		30 / 06 / 2025	
HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)		
30 / 06 / 2026		30 / 06 / 2026		
INTERMEDIARIO SANIN ALIANZA LTDA	CLAVE 133456	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 300,000,000.00		\$ 60,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD \* 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****219,436.00
PLAN DE PAGO: MENSUAL 12 M		IVA:	\$ *****41,692.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****261,128.00

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 45 DÍAS 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: CALLE 53 NO 45-45 OFICINA 1006, TELÉFONO 3695060 - MEDELLIN

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](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA PAGO:  
1101262035591-2

(415) 770998021167 (8020) 11012620355912 (3900) 000000261128 (96) 20250814

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
EN VIGENCIA - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DE SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
65-03-101058047 - ESTADO - SEGUROS DE VIDA

SEBASTIANVILLA FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

SEBASTIANVILLA

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

1



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

UBICACION	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN		65-03-101058047	4
TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA	NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA
		TELEFONO	4197284
ASEGURADO	WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN	CC	1.140.885.740
DIRECCION	CR 5 A NRO. 16 - 36	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA
		TELEFONO	3225261562
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: COMEDAL

ASEGURADO: TALENTO HUMANO EN SALUD

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

BASE DE COBERTURA

OCURRENCIA SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCIÓN DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001

EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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

LIMITE ASEGURADO: \$ 300.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

SE EXCLUYE 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.

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES 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 TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

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 AUTORIZACION 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.

PARAFAFO: 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.

1.2 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

CON SUJECCION 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 OBTANTE, 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.

2.2 RESPONSABILIDAD 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 DICHS 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.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	FOLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN		65-03-101058047	4
TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA	NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA
		TELEFONO	4197284
ASEGURADO	WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN	CC	1.140.885.740
DIRECCION	CR 5 A NRO. 16 - 36	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA
		TELEFONO	3225261562
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR: 10% DEL VALOR ASEGURADO.

1. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO \$ 300.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

GASTOS DE DEFENSALIMITE POR: EVENTO 15.000.000 VIGENCIA 60.000.000

DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLV

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.

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 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 (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 INTERVENCION 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 REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION 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:

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.

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 ACREDITADAS 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.

SEBASTIANVILLA

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

3



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

NIT. 860.009.578-6

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101058047	4
TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA	NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA
		TELEFONO	4197284
ASEGURADO	WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN	CC	1.140.885.740
DIRECCION	CR 5 A NRO. 16 - 36	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA
		TELEFONO	3225261562
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION 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.
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 MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA 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 EXTRACORPOROS, 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 DICHS 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 DOLOR 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 PREVENCIÓN 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 PROVIENAN 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:
    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.

SEBASTIANVILLA

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

4



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

UBICACION	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	ANEXO DE RENOVACION	65-03-101058047	4
TOMADOR	COOPERATIVA MEDICA DE ANTIOQUIA	NIT	890.905.574-1
DIRECCION	CR 48 NRO. 20 - 34 PISO 15	CIUDAD	MEDELLIN, ANTIOQUIA
		TELEFONO	4197284
ASEGURADO	WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN	CC	1.140.885.740
DIRECCION	CR 5 A NRO. 16 - 36	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA
		TELEFONO	3225261562
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE 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. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57. 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

c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58. 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.

59. 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.

60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. 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.

62. 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.

63. 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.

64. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR 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 TOMA 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

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;

AMBITO TERRITORIAL : COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES

-CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:

CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

-NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

**CORPORACIÓN GENERACIONES  
DEL FUTURO DE COLOMBIA**

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 03 / MARZO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 02 / MARZO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL  
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



**CORPORACIÓN GENERACIONES  
DEL FUTURO DE COLOMBIA**

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthau**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.110.885.710

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Soporte Vital Avanzado**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 70 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 26 / FEBRERO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 25 / FEBRERO / 2028

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 2616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGÚNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR. SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.110.885.710

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Manejo del Dolor**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 03 / MARZO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 02 / MARZO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Hedrozo Benthau**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Cuidados Paliativos**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 02 / MARZO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 01 / MARZO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Hedrozo Benthau**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Gestión del Duelo en Salud**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 02 / MARZO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 01 / MARZO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Gestión Operativa y Cuidado del Donante de Órganos y Tejidos**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 28 / FEBRERO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 27 / FEBRERO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.110.885.710

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 27 / FEBRERO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 26 / FEBRERO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.5.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1901 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Hedrozo Benthau**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Humanización de Servicios de Salud**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 28 / FEBRERO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 27 / FEBRERO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIA. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL





## Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Wendy Pedrozo Benthán***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**Diagnóstico y manejo clínico del dengue**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

7 de noviembre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



Robert Stempel College  
of Public Health  
& Social Work  
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=854a00c-64b-4546-a7c4-1e22a111c2e>

# Dr Francisco Vicent Pacheco

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Licencia en SST 0969/2018 SDS Magdalena

dirección: Avenida libertador Calle 14#25-37 Inferior 1 Tel.

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificación	Ingreso	post incapacidad	Reubicación
	periódico	Caso Ocupacional	Ingreso SVE
	Retiro	Control	Trabajo en Alturas

## DATOS DEL PACIENTE

<b>FECHA:</b>	27/08/2025	<b>CARGO:</b>	MEDICO GENERAL
<b>EMPRESA CLIENTE:</b>	PARTICULAR	<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>	WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN
<b>Numero de Identidad:</b>	CC 1140885740	<b>Edad</b>	29 <b>Genero:</b> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>dirección</b>	KRA 5 A # 16-37	<b>Escolaridad</b>	UNIVERSITARIO
<b>teléfono</b>	3118225336	<b>EPS</b>	MUTUAL SER

## PARACLINICOS PRACTICADOS

PESO 76 KG; TALA 1,70 MT

## CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE; HIGIENE POSTURAL  
EJERCICIOS FUNCIONALES  
- PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTO

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

## MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APLICADO DURANTE LA CONSULTA

PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 222 DEL 2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19. RESOLUCION 1155 DE 2020 - RESOLUCION 777 DE 2021

## RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

## PROGRAMA DE VIGILANCIA AL QUE SE DEBE INCLUIR EL TRABAJADOR

VISUAL	AUDITIVO	
RESPIRATORIO	CARDIOVASCULAR	
PSICOSOCIAL	ERGONOMICO	
OTRO	NUTRICIONAL	
<b>REMISION</b>		
SI	NO	X
ARL	EPS	

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Autorizo al consultorio médico del Dr. Francisco Vicent, para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente, además doy fe que toda la información por mí suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe médico ocupacional de aptitud

Dr. Francisco Vicent Pacheco

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo  
RM 12552709  
Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Trabajador

Cedúla: 1140885740

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Calle 76 No. 42 - 07 Tel: 360 1552 - Cel: 301 5438544 - 300 4734724  
 304 3363650 - E-mail: jmglobalfarma@gmail.com  
 Barranquilla - Colombia

Consecutivo	0248
Identidad	1.140.886.740
Apellidos	Pedro Bentan
Nombre	Wendy

**CENTRO DE VACUNACION**  
**GLOBAL FARMA S.A.S.**  
 NIT. 900.386.596-9



INFLUENZA AGRIPPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

VARICELLA VACCINE GC. VC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			
	2			

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

M/GOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	11 FEB. 2016	M4102	GLOBAL FARMA
	2a			

FIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a			

FIEBRE T. FOIDEA	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

HEPATITIS B HEPAVAX-GENE°	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	11 FEB. 2016	0FXM0004	GLOBAL FARMA
	2a			
	3a			

TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)°	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	11 FEB. 2016	4093	GLOBAL FARMA

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
	1a			
	2a			

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA

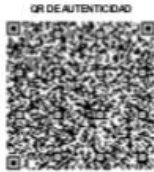
# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: f16a75e-7d79-4d03-ac77-516579f531f

Nombres y apellidos / Full name

WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

16/05/1996

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3004363695

Correo electrónico / e-mail

nocorreo@yahoo.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Primera	24	02	2015		024L3002B	BARRANQUILLA FUNDACION HOSPITAL UNIV METROPOLITANO	
Fiebre Amarilla	Única	24	02	2015		K52891	BARRANQUILLA FUNDACION HOSPITAL UNIV METROPOLITANO	
TD Adulto	Segunda	28	04	2015		D2221	BARRANQUILLA FUNDACION HOSPITAL UNIV METROPOLITANO	
Sarampión Rubéola	Adicional	29	07	2019		0128M411	MIREB BARRANQUILLA PASO LAS FLORES	JUDITH KATHERINE PEÑALOZA OSOR
TD Adulto	Tercera	29	07	2019		221500217C	MIREB BARRANQUILLA PASO LAS FLORES	JUDITH KATHERINE PEÑALOZA OSOR
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	22	05	2020		V50220005	FLORIDABLANCA FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER	MARÍA ALEJANDRA RODRIGUEZ ROD
COVID SINOVAC	Primera	23	03	2021		E202102012	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA MARIA DE MOMPOX BOLIVAR	DIANA MARCELA CERVANTES CONDE
COVID SINOVAC	Segunda	22	04	2021	Sinovac	J202103008	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	LOURDES MARIA SILVA MACHADO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	06	06	2022	Green Cross	V50222004	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	AICHEL CONCEPCION CARDOZO VALENCIA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	08	05	2024	Green Cross	V50524001	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	AICHEL CONCEPCION CARDOZO VALENCIA - CC36451823 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	08	10	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA MARIA DE MOMPOX BOLIVAR	NORYS GUERRA VANEGAS - CC32740790 - INACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-03-21	Coronovac COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated Administration: intramuscular Each dose 0.5 ml contains SARS-CoV-2 antigen of 600 µg Store between +2°C and +8°C and protect from light. Do not freeze. www.vaccineservices.co.110	E202102012 Exp. Date: 2024 02 17	Hospital Local Santa Maná	Diana Cervantes	1051676 407
	2	22-4-21	Sinovac	3202103008	Hospital. San Rafael.	Iboredo Silva	26762973.
		25-11-21	PFIZER.	41966	HOSPITAL San Rafael	Luey Lara	57270399.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma	Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	23/07/19	0128M411	Duf	VPH	1			
Fiebre amarilla	Única	24/02/15	125289	Astnd		2			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	24/02/15	024L3002B	Astnd		3			
	2	28/04/15	024L3002B	Astnd	1				
	3	27/07/19	22150117C	Duf	2				
	4				3				
	5				4				
Contra Hepatitis B	1	11-02-16	UFX140D04	Global mini	Anti rábica	5			
	2				Influenza Infl. Otras	Anual	21052016522005		
	3					4.	150222001-6-6-22		

CLINICA FOSCAL  
ESPERANZA DE VIDA  
Angélica M  
Promoción y Prevención - Sede Principal  
Tachuela

# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Hedrozo Benthau**

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.140.885.740

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Inserción de Implante Subdérmico**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN 27 / FEBRERO / 2026 - FECHA DE VENCIMIENTO 26 / FEBRERO / 2027

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIA. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WENDY	PAOLA	PEDROZO	BENTHAN

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	<input type="text" value="EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL"/>
Lugar de sede País <input type="text" value="COLOMBIA"/> Departamento <input type="text" value="SANTANDER"/> Municipio <input type="text" value="BARRANCABERMEJA"/>	
Dirección	<input 1\r\ncalle="" 22-49="" 47="" 48="" 67="" 8="" barrio="" calle="" cardales="" comuna="" de="" del="" inscredial"]"="" la="" n°="" type="text" value="[" –=""/>
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$5.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$5.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí  No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **PEDROZO BENTHAN WENDY PAOLA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1140885740** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **FUNDACION SER**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **27/08/2010**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 04 de marzo del 2026. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

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

Cordialmente,



---

**LUIS BARRAZA**  
**Director de Operaciones - Contributivo**  
**[infocontributivo@mutualser.org](mailto:infocontributivo@mutualser.org)**  
**MUTUAL SER EPS**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1140885740**, se encuentra afiliado/a desde **20/04/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de marzo de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**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 1140885740 **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 04/03/2026 03:44 PM



Código Verificación: **DWSPEVAH59**

Válida hasta: **02/06/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



# Certificación Bancaria

Martes, 03 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN identificado(a) con CC 1140885740, 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 Ahorros	74818732418	2021-02-18	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.

REGISTRO COMERCIAL No. 14587 de 2010. BANCOLOMBIA S.A. Entidad Financiera Bancaria.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)