

|  |   |                             |                  |
|--|---|-----------------------------|------------------|
|  |   | <b>Código:</b><br>AG-G-0107 |                  |
|  |   | Vigencia: 2024-2027         |                  |
| <b>CALIDAD</b>   | <b>NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR475550010601</b>               |                             | Copia Controlada |
|  | <b>REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN</b> |                             |                  |

### MEDICOS GENERALES

| N° | REQUISITOS  | APLICA | NO APLICA | OBSERVACIONES |
|----|---|--------|-----------|---------------|
| 1  | Propuesta Laboral.  | X      |           |               |
| 2  | Hoja De Vida Formato Único de La Función Pública O SIGEP  | X      |           |               |
| 3  | Fotocopia De Cedula Ampliada Al 150%  | X      |           |               |
| 4  | Declaración de Bienes y Rentas del Año Anterior. <b>Nota: Si No declara renta ante la DIAN Diligenciar el Formato de Declaración de Bienes y Rentas para persona Natural de la Función Pública.</b>             | X      |           |               |
| 5  | Registro Único Tributario (RUT) vigente   | X      |           |               |
| 6  | Resolución de Autorización de Ejercicio de la Profesión.  |        | X         |               |
| 7  | Fotocopia de Tarjeta Profesional Ampliada al 150%   | X      |           |               |
| 8  | Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS)  | X      |           |               |
| 9  | Diploma y Acta de Grado de Bachiller  | X      |           |               |
| 10 | Diploma y Acta De Grado Profesional (Pregrado). <b>Nota: Si el Título presentado fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia</b> | X      |           |               |
| 11 | Otros estudios realizados (Diplomados, Cursos, Talleres, Certificaciones).  | X      |           |               |
| 12 | Certificaciones que acrediten la experiencia laboral encargos afines  | X      |           |               |
| 13 | Esquema de Vacunación   | X      |           |               |
| 14 | Examen de Ingreso Medico Ocupacional  | X      |           |               |
| 15 | Certificados de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en el Régimen Contributivo (Salud, Pensión, ARL)  | X      |           |               |
| 16 | Antecedentes Vigentes (Policía, Procuraduría y Contraloría)   | X      |           |               |
| 17 | Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (vigente)  | X      |           |               |
| 18 | Formato de Declaración de Origen de Fondos Y Desarrollo de Actividades Licitas-SARLAF   | X      |           |               |
| 19 | Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)  | X      |           |               |
| 20 | Certificado de Inhabilidades y Delitos Sexuales   | X      |           |               |
| 21 | Pantallazo Usuario SECOP II como proveedor  | X      |           |               |
| 22 | Certificado Soporte Vital Básico Y Avanzado SVB-A (Vigente), (Todos los servicios)  | X      |           |               |
| 23 | Certificado Soporte Vital Avanzado Pediátrico- Neonatal (Vigente)   |        | X         |               |
| 24 | Certificado Curso Cuidado Básico Neonatal   |        | X         |               |

|                              |   |                 |
|------------------------------|---|-----------------|
| Elaboro: Auditora de Calidad | Revisó: Subgerencia Científica - Talento Humano- Contratación | Aprobó: Gerente |
|------------------------------|---|-----------------|

|    |   |   |   |  |
|----|---|---|---|--|
| 25 | Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Todos los servicios)             | X |   |  |
| 26 | Certificación de Manejo del Dolor Y Cuidado Paliativo (Todos los servicios)   | X |   |  |
| 27 | Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)  | X |   |  |
| 28 | Certificación evaluación de competencias para el cuidado del Donante (Todos los servicios)  | X |   |  |
| 29 | Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)                 | X |   |  |
| 30 | Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)   | X |   |  |
| 31 | Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)  | X |   |  |
| 32 | Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico (Todos los servicios)             | X |   |  |
| 33 | Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Todos los servicios)  | X |   |  |
| 34 | Constancia de Capacitación de lineamientos Técnicos para el Manejo Integral de Atención a la Desnutrición Res 2350 de 2020.       |   | X |  |
| 35 | <b>Requisitos Ruta Materno- perinatal.</b> (Servicio de Atención del Parto)<br>Constancia Curso manejo de Emergencias Obstétricas |   | X |  |
| 36 | Constancia Curso Inserción de Implantes subdérmico-DIU  |   | X |  |

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento a los Estándares y Criterios del Sistema Único de Habilitación según Resolución N.3100/2019.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento Ruta Materno-Perinatal según Resolución 3280/2028. Y Lineamientos Técnicos en Desnutrición Resolución 2350/2020.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento por ser territorio Endémico, Curso de Atención y Manejo clínico

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ, Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.081.924.187 de Profesión Medico general AUTORIZO que la ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, 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 la institución con fines de contratación.

FIRMA:  Fecha: **26 DE ABRIL DE 2026**

#### AREA CONTRACTUAL

Supervisor de Contrato: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Talento Humano: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Contratación: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante.**

|                              |   |                 |
|------------------------------|---|-----------------|
| Elaboro: Auditora de Calidad | Revisó: Subgerencia Científica - Talento Humano- Contratación | Aprobó: Gerente |
|------------------------------|---|-----------------|

**YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ**

Médico General

Egresada de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla

Tarjeta profesional No. 1081924187

Celular: 3002737855

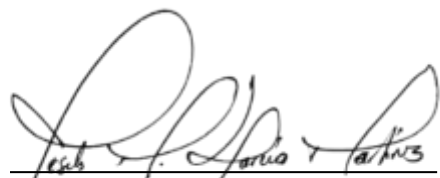
Dirección: carrera 14 #2-66 barrio centro, Plato, Magdalena

**PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO  
MÉDICO GENERAL EN LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, PLATO -  
MAGDALENA**

Teniendo en cuenta mi perfil como “Médico General”, comprometido en las actividades que me competen como profesional de la salud, conocedor de las leyes vigentes, ética laboral, buen servidor público como son: honestidad, adquisición científica, técnica, humanística e integral de manera digna a todas las personas. Compromiso, soy consciente de la importancia de ser buen servidor público, estoy en disposición permanente para conocer y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en la institución en la vida diaria cotidiana. Diligencia, cumplo con los deberes, funciones, atribuciones y responsabilidades de la manera más básica. Me caracterizo por cumplir con todos los principios rectores de la función pública como son: eficacia, eficiencia, celeridad, economía, imparcialidad, publicidad, moralidad, neutralidad. Estoy en constante disposición para el ejercicio de los derechos de las personas, como son: el respeto, la tolerancia, la libertad, la dignidad.

Cuento con 7 años de experiencia profesional en diferentes servicios donde he desempeñado mis actividades como médico general. Me caracterizo por ser un profesional con sentido humano, de alta responsabilidad, disciplina y compromiso, teniendo siempre decisiones a favor del bienestar médico.

Estoy en disposición de cubrir 192 horas mensuales. La cual sería la parte de la matriculación, mi propuesta económica es de: **\$4.868.000.**



Yeselis M. García Martínez



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|   |  |  |  |  |  |                  |
|---|--|--|--|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>GARCIA   |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MARTINEZ   |  | NOMBRES<br>YESELIS MARIA   |  |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No <u>1081924187</u> |  | GENERO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> |  | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>  |  | NÚMERO   |  | D.M.   |  |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA <u>02</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1994</u>   |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 14 2 66 centro   |  |  |  |                  |
| PAÍS<br>COLOMBIA  |  | PAÍS<br>COLOMBIA   |  | DEPTO<br>MAGDALENA   |  |                  |
| DEPTO<br>MAGDALENA  |  | MUNICIPIO<br>PLATO   |  | MUNICIPIO<br>PLATO   |  |                  |
| MUNICIPIO<br>PLATO  |  | TELÉFONO<br>3002737855   |  | EMAIL<br>yegama_0602@hotmail.com   |  |                  |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

|   |    |    |    |    |            |    |    |    |       |      |                 |    |                   |      |
|---|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|------|-----------------|----|-------------------|------|
| <b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b><br>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 |    | BASICA SECUNDARIA |      |
| PRIMARIA  |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |      | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |
| 1°  | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 1X1° | MES             | 11 | AÑO               | 2010 |

| <b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b><br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br><b>TC</b> (TÉCNICA) <b>TL</b> (TECNOLÓGICA) <b>TE</b> (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) <b>UN</b> (UNIVERSITARIA)<br><b>ES</b> (ESPECIALIZACIÓN) <b>MG</b> (MAestrÍA O MAGISTER) <b>DOC</b> (DOCTORADO O PHD)<br>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  |                         | X        |    |  | 06          | 2011 |                            |
| PREGRADO  | 10                      | X        |    |  | 06          | 2010 | 1081924187                 |

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**4**

**IDIOMAS**

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

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

**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<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 04      | Año | 2026  | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |   |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                              |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                               |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 03      | Año | 2026  | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 02      | Año | 2026   | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL       |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4852065                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 01      | Año | 2026   | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL       |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4851016                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 12      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL       |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 11      | Año | 2025   | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 14 VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 10      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 via los contenedores |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |                 |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     |  | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 09      | Año | 2025   | Día             | 30 | Mes | 09 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 via los contenedores |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     |  | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 08      | Año | 2025   | Día             | 31 | Mes | 08 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 via los contenedores |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     |  | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 07      | Año | 2025   | Día             | 31 | Mes | 07 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 VIA LOS CONTENEDORES |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     |  | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 06      | Año | 2025   | Día             | 30 | Mes | 06 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 via los contenedores |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     |  | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 04      | Año | 2025   | Día             | 31 | Mes | 05 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 via los contenedores |                 |    |     |    |     |      |

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002757855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                    |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 02      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 Via los Contenedores |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                    |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 01      | Año | 2025   | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 via los contenedores |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                    |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 11      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                    |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 10      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                   |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                         |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                    |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 09      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES     |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 08      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 07      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 06      | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3003737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 05      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL -             |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                     |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 04      | Año | 2024   | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 03      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 02      | Año | 2024   | Día | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 01      | Año | 2024   | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 los contenedores |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 11      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |  |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                             |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                              |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 10      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |   |     |    |     |    |
|---|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|---|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO   |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 09      | Año | 2023  | Día | 30 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES                |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO   |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 08      | Año | 2023  | Día | 31 | Mes | 08 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES                |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO   |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 07      | Año | 2023  | Día | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 LOS CONTENEDORES                |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO   |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 06      | Año | 2023  | Día | 30 | Mes | 06 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 null null #10-15 VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                                     |              |     |         |     |   |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                                     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA  |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                  |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                    |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO   |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                                 | 01           | Mes | 05      | Año | 2023  | Día | 31 | Mes | 05 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL EN SALUD |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 #10-15 VIA LOS CONTENEDORES           |     |    |     |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |  |     |    |     |    |
|---|--|--|-------------------------------|--------------|-----|---------|-----|--|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 04      | Año | 2023   | Día | 30 | Mes | 04 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTECIAL     |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 10 15 VIA LOS CONTENEDORES |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>3002737855                                 |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 03      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII    |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 02      | Año | 2023   | Día | 28 | Mes | 02 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII    |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                           | 01           | Mes | 01      | Año | 2023   | Día | 31 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL               |  |  | DEPENDENCIA<br>MEDICO GENERAL |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>- CL. 14 10 - 15 BARRIO JUAN XXIII  |     |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                              |  |  |                               |              |     |         |     |  |     |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON     |  |  |                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                 |     |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA                               |  |  | MUNICIPIO<br>PLATO            |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                       |     |    |     |    |
| TELÉFONOS<br>4851016                                    |  |  | FECHA DE INGRESO              |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                  |     |    |     |    |
|   |  |  | Día                           | 10           | Mes | 07      | Año | 2020   | Día | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                  |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL    |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES   |     |    |     |    |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
|---|--|--|-----------------------------------|---------------------|------------|----------------|------------|--|------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE HOSPITAL SAN SEBASTIAN SURATA |  |  |                                   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                            |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>BOLÍVAR  |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>ZAMBRANO      |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>                  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>TELÉFONOS</i><br>3229110912  |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>           |                     |            |                |            |  | <i>FECHA DE RETIRO</i> |    |            |    |            |      |
|   |  |  | <i>Día</i>                        | 11                  | <i>Mes</i> | 11             | <i>Año</i> | 2018   | <i>Día</i>             | 11 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2019 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i>                |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CALLE 3 CON CARRERA 17 ESQUINA |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO -SINCELEJO              |  |  |                                   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                            |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>SUCRE  |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>SINCELEJO     |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>                  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>TELÉFONOS</i><br>2809946   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>           |                     |            |                |            |  | <i>FECHA DE RETIRO</i> |    |            |    |            |      |
|   |  |  | <i>Día</i>                        | 31                  | <i>Mes</i> | 05             | <i>Año</i> | 2017   | <i>Día</i>             | 31 | <i>Mes</i> | 05 | <i>Año</i> | 2018 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>ASISTENCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 14 16 88               |                        |    |            |    |            |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |                     |            |                |            |  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i><br>ESE HOSPITAL SIETE DE AGOSTO                                |  |  |                                   | <i>PÚBLICA</i><br>X |            | <i>PRIVADA</i> |            | <i>PAÍS</i><br>COLOMBIA                            |                        |    |            |    |            |      |
| <i>DEPARTAMENTO</i><br>MAGDALENA  |  |  | <i>MUNICIPIO</i><br>PLATO         |                     |            |                |            | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>                  |                        |    |            |    |            |      |
| <i>TELÉFONOS</i><br>4851492   |  |  | <i>FECHA DE INGRESO</i>           |                     |            |                |            |  | <i>FECHA DE RETIRO</i> |    |            |    |            |      |
|   |  |  | <i>Día</i>                        | 06                  | <i>Mes</i> | 06             | <i>Año</i> | 2010   | <i>Día</i>             | 03 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2010 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i><br>CONTRATISTA   |  |  | <i>DEPENDENCIA</i><br>ASISTENCIAL |                     |            |                |            | <i>DIRECCIÓN</i><br>CARRERA 23 CON CALLE 14        |                        |    |            |    |            |      |

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

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

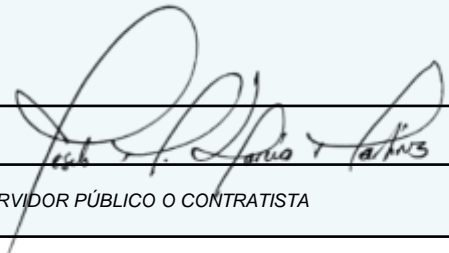
| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 2                     | 10    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 2                     | 11    |
| 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 *Plato Magdalena 25 de abril de 2026*

  
 \_\_\_\_\_  
 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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:58:15 PM horas del 25/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1081924187**

Apellidos y Nombres: **GARCIA MARTINEZ YESELIS MARIA**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 – 25 barrio Modelía,  
Bogotá D.C.  
Atención administrativa:  
Lunes a Viernes 8:00 am a  
12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al  
ciudadano: 5159700 ext.  
30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910  
112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 294916870**



PIB  
23:58:52  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081924187:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Olga Lucía Tibocha Cortés  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 25 de abril de 2026, a las 23:59:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1081924187             |
| Código de Verificación | 1081924187260425235939 |

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC



 Consulta Ciudadano






## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/04/2026 12:00:14 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1081924187** y Nombre: **YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ.**

**NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.**

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **138960546** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda Imprimir

|   |                      |  |          |   |
|---|----------------------|--|----------|---|
|  | <b>Dios y Patria</b> | <b>Información</b>   | 515 9000 |  |
|  |                      | <b>Policía Nacional de Colombia</b><br>Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21<br>Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.<br>Línea de atención: 018000-910112 |          |  |
|   |                      |  |          |  |



## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GARCIA MARTINEZ YESELIS MARIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1081924187** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO PLATO**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **06/01/2023**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 26 de abril del 2026. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

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

Cordialmente,

---

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



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.924.187**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ identificado con CC. 1081924187 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Nombres y/o Razón           | ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN |
| Tipo y Numero de Documento  | NI - 819001483                 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                            |  |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/02/07                 | Fecha inicio contrato      | 2026/02/01   |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/05/31   |
| Riesgo                       | 3                          | Código actividad económica | 3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| Estado afiliación            | Activa                     | Estado del contrato        | Activa   |
| Fecha retiro                 | -                          |                            |  |

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26042026N1081924187A17482534**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



|                               |  |                     |               |
|-------------------------------|--|---------------------|---------------|
| <b>SUBGERENCIA CIENTIFICA</b> |  | Vigencia: 2024-2027 |               |
| Código: AM-SC-01              | NIT: 819001483-1<br>CÓDIGO DE PRESTADOR:<br>4755500106 | Copia Controlada    |               |
|                               |  | Versión: 3          | Página 1 de 1 |

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL**

|  |                         |                               |                      |  |                   |              |          |
|--|-------------------------|-------------------------------|----------------------|--|-------------------|--------------|----------|
| <b>NOMBRE COMPLETO</b>   |                         | Yeselis Maria Garcia Martinez |                      | <b>TIPO ID</b>   |                   | CC           |          |
| <b>NÚMERO ID</b>   | 1.081.924.187           |                               |                      | <b>DIRECCIÓN:</b>  | Carrera 14 # 2-66 |              |          |
| <b>CIUDAD:</b>   | Plato                   |                               | <b>DEPARTAMENTO:</b> | Magdalena  |                   | <b>PAÍS:</b> | Colombia |
| <b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>   |                         |                               | <b>CELULAR:</b>      | 3002737855   |                   | <b>OTRO:</b> |          |
| <b>EMAIL:</b>  | yegama_0602@hotmail.com |                               |                      |  |                   |              |          |
| ¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO  |                         |                               |                      | ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO |                   |              |          |
| ¿TIENE CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?: <input type="checkbox"/> SI / <input checked="" type="checkbox"/> NO   |                         |                               |                      |  |                   |              |          |
| ¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: <input checked="" type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |                         |                               |                      |  |                   |              |          |

**SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA**

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

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

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

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

|   |  |   |
|---|--|---|
| ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | IMPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO | EXPORTACIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO                    |
| INVERSIONES: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO                                | PRESTAMOS: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO     | ¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO |

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio):

Mis recursos provienen de mi actividad profesional como médico general en la ESE Hospital Fray Luis de Leon

**EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:**

**DECLARACIONES**

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo




|                               |  |                     |               |
|-------------------------------|--|---------------------|---------------|
| <b>SUBGERENCIA CIENTIFICA</b> |  | Vigencia: 2024-2027 |               |
| Código: AM-SC-01              | NIT: 819001483-1<br>CÓDIGO DE PRESTADOR:<br>4755500106 | Copia Controlada    |               |
|                               |  | Versión: 3          | Página 2 de 1 |

(amos) a mantener indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, administradores y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo (nosotros) hubieremos proporcionado.

9. Conforme al Art. 83 de la Constitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el presente formato son correctos y fiel expresión de la verdad.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera voluntaria el uso y tratamiento de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo establecido en la LEY 1581 de 2012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

En constancia de haber leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 26 días del mes de abril del año 2026



**FIRMA CONTRATISTA**



**HUELLA**

Plato, Magdalena 26 de abril de 2026

**CIUDAD Y FECHA**

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

**ASPECTOS GENERALES**

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: [gerencia@hospitalfrayluis.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co)

**OBSERVACIONES**

Empty box for observations.

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>Elaboró: Subgerencia Científica</b> | <b>Aprobó: Subgerencia Científica</b> |
|--|---------------------------------------|

**N.** 819001483-1

**D.** Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

**C.** [gerencia@hospitalfrayluis.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co)

**Tel:** 6054852065

 [esehospitalfrayluisdeleon](#)  [Fray Luis De Leon](#)



## 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 1081924187 **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 26/04/2026 12:07 AM



Código Verificación: **85QXVNG7WR**

Válida hasta: **25/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

---

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:09:14 horas del 26/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1081924187**, Apellidos y Nombres **GARCIA MARTINEZ YESELIS MARIA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON**, con NIT **819001483-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL        | TIPO DE MOVIMIENTO            | POLIZA No.      | ANEXO No.        |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION           | 21-03-101027526 | 1                |
| TOMADOR         | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| ASEGURADO       | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| BENEFICIARIO    | TERCEROS AFECTADOS            | NIT             | 0-0              |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME

UBICACION SIN CONSULTORIO

BASE DE COBERTURA

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

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I  
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-EO-GD-01

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.

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.

PARAGAFOS: 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 SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL                                | TIPO DE MOVIMIENTO      | POLIZA No.          | ANEXO No. |
|---|-------------------------|---------------------|-----------|
| ANTIGUO COUNTRY                         | ANEXO DE RENOVACION     | 21-03-101027526     | 1         |
| TOMADOR YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ   | CIUDAD PLATO, MAGDALENA | CC 1.081.924.187    |           |
| DIRECCION CR 14 NRO. 2 - 66             |                         | TELEFONO 3002737855 |           |
| ASEGURADO YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CIUDAD PLATO, MAGDALENA | CC 1.081.924.187    |           |
| DIRECCION CR 14 NRO. 2 - 66             |                         | TELEFONO 3002737855 |           |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS         |                         | NIT 0-0             |           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

#### 2.2 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 DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

#### 2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

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

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 DESCRITOS 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: 10%

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:

##### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

AMPARO BASICO 100%  
SUMINISTRO DE ALIMENTOS MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS 100%  
USO APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE SALUD 100%

POR EVENTO: SUBLIMITE HASTA \$ 15.000.000

POR VIGENCIA: SUBLIMITE HASTA \$60.000.000

##### DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLLV

#### 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 -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL        | TIPO DE MOVIMIENTO            | FOLIZA No.      | ANEXO No.        |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION           | 21-03-101027526 | 1                |
| TOMADOR         | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| ASEGURADO       | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| BENEFICIARIO    | TERCEROS AFECTADOS            | NIT             | 0-0              |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA 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:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO. II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVIBLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE 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 SUJECCION 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 OPREN 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 EXTRACORPORALES, 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 AEROS, 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.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL        | TIPO DE MOVIMIENTO            | FOLIZA No.      | ANEXO No.        |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| ANTIGUO COUNTRY | ANEXO DE RENOVACION           | 21-03-101027526 | 1                |
| TOMADOR         | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| ASEGURADO       | YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ | CC              | 1.081.924.187    |
| DIRECCION       | CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD          | PLATO, MAGDALENA |
|                 |                               | TELEFONO        | 3002737855       |
| BENEFICIARIO    | TERCEROS AFECTADOS            | NIT             | 0-0              |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELLICAS 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. CARGO O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
- EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURO ESTO 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 ACUDIENES. 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.



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL                                | TIPO DE MOVIMIENTO      | POLIZA No.          | ANEXO No. |
|---|-------------------------|---------------------|-----------|
| ANTIGUO COUNTRY                         | ANEXO DE RENOVACION     | 21-03-101027526     | 1         |
| TOMADOR YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ   |                         | CC 1.081.924.187    |           |
| DIRECCION CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD PLATO, MAGDALENA | TELEFONO 3002737855 |           |
| ASEGURADO YESELIS MARIA GARCIA MARTINEZ |                         | CC 1.081.924.187    |           |
| DIRECCION CR 14 NRO. 2 - 66             | CIUDAD PLATO, MAGDALENA | TELEFONO 3002737855 |           |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS         |                         | NIT 0-0             |           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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, SEGUROESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO  
- LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA, REVOCADA PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

Tipo de declaración

PERIÓDICO

Fecha de publicación

2025-09-23 20:46

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| YESELIS       | MARIA          | GARCIA          | MARTINEZ         |

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1081924187

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PLATO

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PLATO

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

HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PLATO

Dirección

["Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores"]

Cargo o función que cumple

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 2024 fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR           |
|-------------------------------------|-----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$58.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                 |
| Gastos de representación            |                 |
| Arriendos                           |                 |
| Honorarios                          |                 |
| Otros ingresos y rentas             |                 |
| TOTAL                               | \$58.000.000,00 |

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                 | \$15.000,00   |

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: