



FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                        |  |                                                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>CARREAZO                                                                                                                     |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>HERNANDEZ                                                            |  | NOMBRES<br>SELFY CECILIA                                                                                     |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No: 50911301 |  | GÉNERO<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                                                                                                                     |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                                                           |  |                                                                                                              |  |
| FECHA<br>DÍA 22 MES 05 AÑO 1975                                                                                                                 |  | CALLE 1 null null barrio villa luz                                                                     |  |                                                                                                              |  |
| PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                                                                |  | PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                       |  | DEPTO<br>CÓRDOBA                                                                                             |  |
| DEPTO<br>CÓRDOBA                                                                                                                                |  | MUNICIPIO<br>LOS CÓRDOBAS                                                                              |  |                                                                                                              |  |
| MUNICIPIO<br>LOS CÓRDOBAS                                                                                                                       |  | TELÉFONO<br>3215913                                                                                    |  | EMAIL<br>yiles@hotmail.com                                                                                   |  |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                          |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------|-----------------|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA                                                                                                                                 |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                   |                 |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA) |    |    |    |    |            |    |    |    |     |                   |                 |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                         |    |    |    |    |            |    |    |    |     | TÍTULO OBTENIDO   |                 |
| PRIMARIA                                                                                                                                                 |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | BÁSICA SECUNDARIA |                 |
| 1º                                                                                                                                                       | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º               | FECHA DE GRADO  |
|                                                                                                                                                          |    |    |    |    |            |    |    |    |     | X                 | MES 12 AÑO 1999 |

|                                                                                               |                        |                          |    |                                          |             |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                     |                        |                          |    |                                          |             |                           |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:          |                        |                          |    |                                          |             |                           |
| TC (TÉCNICA)                                                                                  |                        | TL (TECNOLÓGICA)         |    | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)           |             | UN (UNIVERSITARIA)        |
| ES (ESPECIALIZACIÓN)                                                                          |                        | MG (MAESTRÍA O MAGISTER) |    | DOC (DOCTORADO O PHD)                    |             |                           |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY) |                        |                          |    |                                          |             |                           |
| MODALIDAD ACADÉMICA                                                                           | Nº SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO                 |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | Nº DE TARJETA PROFESIONAL |
|                                                                                               |                        | SI                       | NO |                                          | MES AÑO     |                           |
| PREGRADO                                                                                      | 3                      | X                        |    | ENFERMERIA                               | 12 2003     | 231722/09                 |

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)

|                                  |                                               |                 |          |    |                                            |             |      |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------|----|--------------------------------------------|-------------|------|
| INSTITUCIÓN                      | MODALIDAD                                     | Nº. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |      |
| CORPORACION EDUCATIVA COLOMBIANA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1800            | SI       | NO | AUXILIAR DE ENFERMERIA                     | MES         | AÑO  |
|                                  |                                               |                 | X        |    |                                            | 12          | 2003 |

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |                            |    |              |    |         |      |                                              |    |     |    |     |      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|----|--------------|----|---------|------|----------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAI<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS  |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  | FECHA DE INGRESO           |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                              |    |     |    |     |      |
|                                                                                    |  | Día                        | 01 | Mes          | 10 | Año     | 2025 | Día                                          | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  | DEPENDENCIA<br>"URGENCIAS" |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9 frente del parque |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |                            |    |              |    |         |      |                                              |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |                            |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAI<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS  |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                   |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  | FECHA DE INGRESO           |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                              |    |     |    |     |      |
|                                                                                    |  | Día                        | 02 | Mes          | 07 | Año     | 2025 | Día                                          | 30 | Mes | 09 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA                             |  | DEPENDENCIA<br>"URGENCIAS" |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA nú 3 5 NORTE            |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                                    |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------|--|---------|--|-------------------------------------------|--|--|--|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                               |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                           |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                  |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 01 Mes 04 Año 2025 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 30 Mes 06 Año 2025 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>143- AUXILIAR DE ENFERMERIA                             |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIA       |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA null 3 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                               |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                           |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                  |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>784923                                                                |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 02 Mes 01 Año 2025 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 03 Año 2025 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>SALUD-UREGNCIAS             |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CALLE 3 NORTE 5 9 CR 3 # 5 9 |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                               |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                           |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                  |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 01 Mes 04 Año 2024 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 30 Mes 06 Año 2024 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS      |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9               |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                               |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                           |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                  |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 01 Mes 02 Año 2024 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 03 Año 2024 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIAS           |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                            |  |         |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                               |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                           |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                  |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 09 Mes 04 Año 2023 |  |         |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 12 Año 2023 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS      |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|--|---------|--|---------------------------------------|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIA  |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N 5 9           |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                       |  |         |  |                                       |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br>X                          |  | PRIVADA |  | PAI<br>COLOMBIA                       |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS             |  |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>7601001                                                               |  |  |  | FECHA DE INGRESO                      |  |         |  | FECHA DE RETIRO                       |  |  |  |
|                                                                                    |  |  |  | Día                                   |  | Mes     |  | Año                                   |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUX DE ENFERMERA                                        |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIA  |  |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3N null null 5-9 |  |  |  |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                                |  |                                     |  |                                           |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> |  | PRIVADA<br><input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                      |  |                                     |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 05 Mes 07 Año 2019     |  |                                     |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 12 Año 2019 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS          |  |                                     |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                                |  |                                     |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> |  | PRIVADA<br><input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                      |  |                                     |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 05 Mes 04 Año 2019     |  |                                     |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 30 Mes 06 Año 2019 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS          |  |                                     |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                                |  |                                     |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> |  | PRIVADA<br><input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                      |  |                                     |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 02 Mes 01 Año 2018     |  |                                     |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 12 Año 2018 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS          |  |                                     |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                                |  |                                     |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> |  | PRIVADA<br><input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                      |  |                                     |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 01 Mes 02 Año 2017     |  |                                     |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 12 Año 2017 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS          |  |                                     |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                         |  |  |  |                                                |  |                                     |  |                                           |  |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE LOS CORDOBAS - LOS CORDOBAS |  |  |  | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> |  | PRIVADA<br><input type="checkbox"/> |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          |  |  |  |
| DEPARTAMENTO<br>CÓRDOBA                                                            |  |  |  | MUNICIPIO<br>LOS CORDOBAS                      |  |                                     |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |  |  |  |
| TELÉFONOS<br>6047848923                                                            |  |  |  | FECHA DE INGRESO<br>Día 02 Mes 01 Año 2017     |  |                                     |  | FECHA DE RETIRO<br>Día 31 Mes 01 Año 2017 |  |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA                           |  |  |  | DEPENDENCIA<br>AMBULANCIA Y URGENCIAS          |  |                                     |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 5 9                |  |  |  |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 7                     | 3     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES; (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bel P. Carreazo Hernandez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1975  
LOS CORDOBAS  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1:60  
ESTADURA 10+  
30-JUN-1984 MONTERIA  
FECHA DE EXPEDICION  
REGISTRO NACIONAL  
CAROL ARACELY TORRES

A-1302300-00209145-F-0050911301-20100114 0019886768A 33478603

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50:9111301  
CARREAZO HERNANDEZ  
NOMBRES  
SELFY CECILIA  
NOMBRES  
SELFY CECILIA





REPUBLICA DE COLOMBIA

# CORPORACION EDUCATIVA COLOMBIANA

Personería Jurídica N° 001217 de Mayo 23 de 1989  
ESTABLECIMIENTO FORMAL

## E C O

GOBERNACION DE CORDOBA  
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD  
Reconoce este título para todos los efectos legales  
RESOLUCION N° 1722  
30 SEP 2009  
MONTAÑA

Y en su nombre

El Rector por intermedio de su Centro Educativo, Licencia de Inmigración de Labores N° 001218 de mayo 23 de 1989.  
Secretaría de Educación, Tomando en cuenta que el Alumno:

### Selfy Cecilia Carreazo Hernández

C.C. N° 50.911.301 de Montería - Córdoba  
Está capacitado para ejercer y laborar como lo certifica el hecho de haber cumplido con todos los requisitos e intensidad horaria, al cursar, aprobar todas las materias de estudio contempladas en el Decreto N° 1996 de 1996 emitido por el Consejo Superior de la Secretaría de Educación Departamental, de acuerdo al cual el Centro Educativo E.C.O. de Montería, Departamento de Córdoba, al cual le confiere el certificado de:

### Auxiliar de Enfermería

Con una intensidad de 1800 horas.

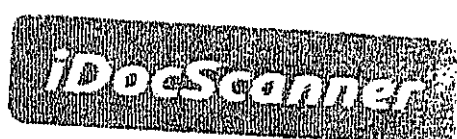
La Rectoría y el Gobierno Nacional RECONOCEN Y AVALAN este DOCUMENTO para todos los efectos legales, dando fe, testimonio y reconocimiento a los cursos aprobados y autorizados.

Se anexa al folio N° 001 del Libro de Certificados, Registros Internos I

Para constancia se firma en Montería, Departamento de Córdoba, el día 12 de Diciembre de 2003

*[Firma]*  
Rector

*[Firma]*  
Secretario General



Resultado General -2025-12-28--5:29:58 PM

|    |          |       |         |          |           |         |     |
|----|----------|-------|---------|----------|-----------|---------|-----|
| CC | 50911301 | SELFY | CECILIA | CARREAZO | HERNANDEZ | Vigente | Ver |
|----|----------|-------|---------|----------|-----------|---------|-----|

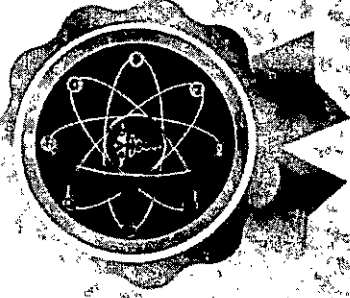
De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ identificado(a) con CC 50911301 registra la siguiente información:

2025-12-28--5:29:58 PM

Información Académica

|     |       |                        |            |          |                                                               |
|-----|-------|------------------------|------------|----------|---------------------------------------------------------------|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2009-09-30 | 23001722 | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL DE CORDOBA |
|-----|-------|------------------------|------------|----------|---------------------------------------------------------------|

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



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

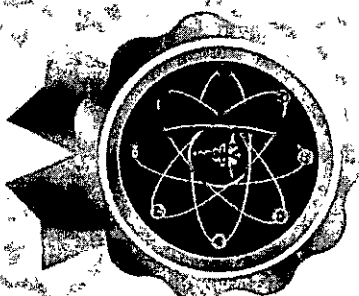
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 31 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIRA MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2160 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICOS@IMAVS.CO](mailto:ACADEMICOS@IMAVS.CO) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 8500.



## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

MIT 901.513.529-4

# Certifica que:

### SELEY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ

### IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301

Asistió al Curso de:

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 1 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025.**

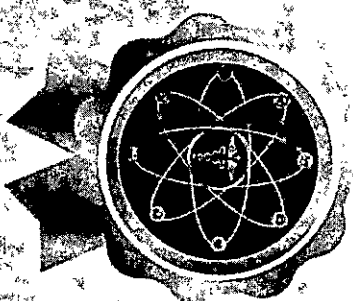
**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Perez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2164 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 316 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITE AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICOS@IDAVAS.GOV.CO](mailto:ACADEMICOS@IDAVAS.GOV.CO) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

MIT 901.513.529.4

# Certifica que:

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al curso de:

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQs)**

**Con una intensidad horaria de 45 horas.**

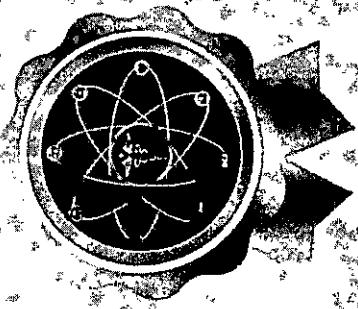
**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 26 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.**  
**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**Carlos Andrés Losada Menaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monte Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2150 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICOS@MINEDUCACION.gov.co](mailto:ACADEMICOS@MINEDUCACION.gov.co) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al Curso de:

**HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 29 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.**  
**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

*Carlos*

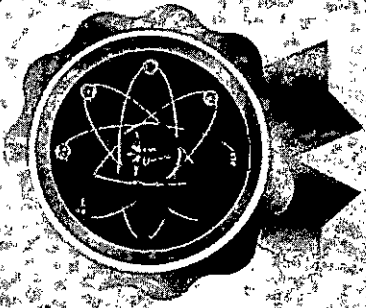
**Carlos Andrés Losada Méfiaca**  
**GERENTE GENERAL**



*Dancy*

**Dancy Sidney Monje Perez**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL  
DECRETO 2150 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICOS@IDEAS.COM](mailto:ACADEMICOS@IDEAS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al Curso de:

**SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 27 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

*Carl*

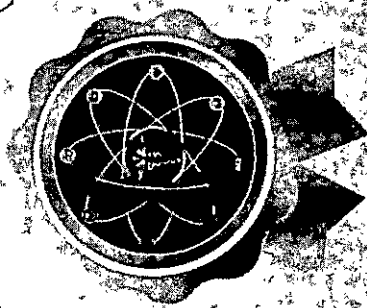
**Carlos Andrés Losada, Menaca**  
**GERENTE GENERAL**



*Concepción Pérez*

**Dancy Sidney Monje Pérez**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 3160 DE 1993 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [AGADEMICOS@MANVES.COM](mailto:AGADEMICOS@MANVES.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)**  
**Con una intensidad horaria de 70 Horas.**

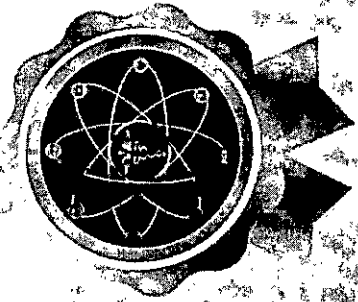
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 25 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
**GERENTE GENERAL**



**Dancy Sidney Monje Perez**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICOS@IMAVES.COM](mailto:ACADEMICOS@IMAVES.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNÁNDEZ**  
**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 50.911.301**

Asistió al Curso de

**GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS 28 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

*Carlos*

**Carlos Andrés Losada Mejía**  
**GERENTE GENERAL**



*Dancy*

**Dancy Sidney Monje Perez**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [ACADEMICORIMAYES.COM](mailto:ACADEMICORIMAYES.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario |                                 | 001                                                                                                                               |                       |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |                                 | 4. Número de formulario 14883300601                                                                                               |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |                                 | <br>(415)7707212489984(8020) 000001488330060 1 |                       |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 6. DV                                    | 12. Dirección seccional         |                                                                                                                                   | 14. Buzón electrónico |
| 5 0 9 1 1 3 0 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3                                        | Impuestos y Aduanas de Montería |                                                                                                                                   |                       |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 24. Tipo de contribuyente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 25. Tipo de documento                    |                                 | 26. Número de identificación                                                                                                      |                       |
| Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Cédula de Ciudadanía                     |                                 | 5 0 9 1 1 3 0 1                                                                                                                   |                       |
| 28. País                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 29. Departamento                         |                                 | 30. Ciudad/Municipio                                                                                                              |                       |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Córdoba                                  |                                 | Montería                                                                                                                          |                       |
| 31. Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 32. Segundo apellido                     |                                 | 33. Primer nombre                                                                                                                 |                       |
| CARREAZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | HERNANDEZ                                |                                 | SELFY                                                                                                                             |                       |
| 34. Otros nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 35. Razón social                         |                                 | 36. Nombre comercial                                                                                                              |                       |
| CECILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | UBICACIÓN                                |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 38. País                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 39. Departamento                         |                                 | 40. Ciudad/Municipio                                                                                                              |                       |
| COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Córdoba                                  |                                 | Los Córdoba                                                                                                                       |                       |
| 41. Dirección principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 42. Correo electrónico                   |                                 | 43. Código postal                                                                                                                 |                       |
| MZ 7 LT 9 BRR VILLA LUZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | yfiles@gmail.com                         |                                 | 8 2 1 5 9 1 3 5 7 8                                                                                                               |                       |
| 44. Teléfono 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 45. Teléfono 2                           |                                 | CLASIFICACIÓN                                                                                                                     |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Ocupación                                |                                 | 52. Número establecimientos                                                                                                       |                       |
| 46. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 47. Fecha inicio actividad               |                                 | 48. Código                                                                                                                        |                       |
| 8 6 9 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 2 0 1 2, 0 8, 0 1                        |                                 | 49. Fecha inicio actividad                                                                                                        |                       |
| 50. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 51. Código                               |                                 | 52. Número establecimientos                                                                                                       |                       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 2                                        |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 53. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 55. Forma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 56. Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 1 2 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y, en consecuencia, no se exigirá su renov                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 59. Anexos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 60. No. de Folios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 61. Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 2022 - 12 - 15 / 10:14:18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.5.1.2.8 del Decreto 1625 del 2018. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| Firma autorizada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 984. Nombre PERDOMO SAAVEDRA JADIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |
| 985. Cargo Gestor I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |                                 |                                                                                                                                   |                       |

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

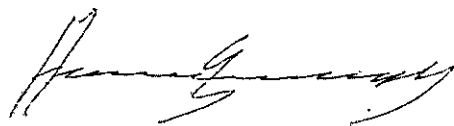
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de enero de 2026, a las 16:41:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 50911301             |
| Código de Verificación | 50911301260204164152 |

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC. BOGOTÁ D.C

CGR

Página 1 de



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 290727316



PIB  
17:02:02  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de enero 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) SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50911301:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN:**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



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 05:04:10 PM horas del 01/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 50911301

Apellidos y Nombres: **CARREAZO HERNANDEZ SELFY CECILIA**

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

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 - 25 barrio Modelia,  
Bogotá D.C.

Atención administrativa:

Lunes a Viernes 8:00 am a

12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al

ciudadano: 5159700 ext.

30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910

112

E-mail: [dijin.araic-](mailto:dijin.araic-)

[atc@policia.gov.co](mailto:atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/01/2026 05:05:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **50911301** y Nombre: **SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ**.

## 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. **134219140**. 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 Búsqueda

 Imprimir



Dios y  
Patria

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

515 9000



COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA

 GOV.CO

Cédula: 50911301  
Fecha de expedición: 24/12/2025

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 24 de diciembre de 2025 a las 05:08 p.m. es de carácter gratuito y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

La información contenida en el sistema es generada y reportada por los organismos de tránsito.

Federación Colombiana de Municipios | Consorcio Sonitt / Quipux

Contáctanos: Línea celular 333 602 68 00 | 01 8000 413 588

[www.fcm.org.co/simit/](http://www.fcm.org.co/simit/)

50311301

NETTICEGUA

CARRERAJO HERNANDEZ

50311301 DE MONTERIA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

30 SEP 2000

Secretaria Seccional de Salud



**TIC**

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

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 50911301 **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 24/12/2025 05:18 PM



Código Verificación: **NUKSBP8AQZ**

Válida hasta: **24/03/2026**

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

ENTIDAD RECEPTORA  
ESE CAMU LOS  
CORDOBAS CORDOBAS

1. DECLARACION JURAMENTADA  
1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. 50.911.301 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País COLOMBIA Departamento CORDOBA Municipio LOS CORDOBAS  
Dirección BARRIO VILLA LUZ Teléfonos 3215913578

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------|------------------------|------------|
| MARTY HERNANDEZ PEINADO       | 25.856.234             | MADRE      |
| JULIAN CARREAZO SILGADO       | 11.030.268             | PADRE      |
| JULIANA MEDRANO CARREAZO      | 1.191.069.234          | HIJA       |
| CARLOS DAVID MEDRANO CARREAZO | 1.067.838.966          | HIJO       |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |

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

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

| CONCEPTO                            | VALOR         |
|-------------------------------------|---------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 10.000.000    |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  |               |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | -             |
| ARRIENDOS                           | -             |
| HONORARIOS                          | -             |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | -             |
| TOTAL                               | \$ 10.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | AHORRO         | 488405396968        | MONTERIA          | \$ -               |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION

c) En la actualidad:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

Si tengo sociedad conyugal o de hecho  
¿vigente con:

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

3. FIRMA

-Selfy Carretero Hernandez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

**DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES,  
INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS**

Yo, SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 50911301 de MONTERIA, en calidad Enfermera, declaro bajo juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las siguientes causales de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con el estado, descritas en la ley, en los artículos 8° de la Ley 80 de 1993:

1. No tengo ninguna inhabilidad que me impida legalmente ejercer el cargo o función para el cual estoy siendo designado o en el que me desempeño actualmente.

2. No existen incompatibilidades que afecten mi capacidad para desempeñar mis funciones de manera imparcial y efectiva, conforme a las normativas vigentes y a las obligaciones inherentes a mi cargo.

3. No estoy sujeto a ningún impedimento legal, contractual o de cualquier otra índole que pueda obstaculizar mi desempeño adecuado en el cargo que ocupo.

Asimismo, me comprometo a informar de inmediato a las autoridades competentes en caso de que surjan circunstancias que alteren la veracidad de esta declaración

Declaro además que soy consciente de las responsabilidades legales y éticas asociadas con la función que desempeño, y me comprometo a cumplir con ellas de manera íntegra y transparente.

Manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

En fe de lo cual, firmo la presente declaración en los Córdoba Córdoba a los 30/12/2025.

Nombre Selfy Carreazo  
C.C 50911301  
Tel 3215913578



SERVIOcupACIONALES DE LA COSTA CARIBE SAS

NIT: 901.545.371-5

FECHA

DIA

MES

AÑO

06

10

2025

AUTORIZA

AREA: SST – RECURSOS HUMANOS

MONTERIA - CORDOBA



EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO

PERIODICO

RETIRO

ALTURAS

CONFINADOS

RE-INGRESO

EMPRESA CONTRATANTE: ESE CAMU LOS CORDOBAS

NOMBRE: SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CEDULA: 50.911.301

EDAD: 50 AÑOS

ARL: POSITIVA

EXAMENES REALIZADOS

| EXAMEN                       | SI | NO | RESULTADOS | LABORATORIO        | SI | NO | RESULTADOS |
|------------------------------|----|----|------------|--------------------|----|----|------------|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL    | X  |    | NORMAL     | COLESTEROL         |    | X  |            |
| OSTEOMUSCULAR                | X  |    | NORMAL     | TRIGLICERIDOS      |    | X  |            |
| AUDIOMETRÍA (VIDEOTOSCOPIA)  |    | X  |            | GLICEMIA           |    | X  |            |
| ESPIRÓMETRIA (CAP. PULMONAR) |    | X  |            | PARCIAL DE ORINA   |    | X  |            |
| OPTOMETRÍA / VISIOMETRIA     |    | X  |            | SEROLOGIA (VDRL)   |    | X  |            |
| PRUEBAS VESTIBULARES         |    | X  |            | KOH                |    | X  |            |
| PRUEBAS NEUROLÓGICAS         |    | X  |            | FROTIS DE GARGANTA |    | X  |            |
| EXAMEN DE VOZ                |    | X  |            | COPROLOGICO        |    | X  |            |
| OXIMETRIA DE PULSO           | X  |    | NORMAL     | COLINESTERASA      |    | X  |            |
| TAMIZ CARDIOVASCULAR (EKG)   |    | X  |            | OTROS              |    | X  |            |

CONCEPTO VALORACION MEDICA

|                    |                               |                                     |                               |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| EXAMEN DE INGRESO: | SIN RESTRICCION PARA EL CARGO | <input checked="" type="checkbox"/> | CON RESTRICCION PARA EL CARGO | <input type="checkbox"/> |
| EXAMEN PERIODICO:  | SATISFACTORIO                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO SATISFACTORIO              | <input type="checkbox"/> |
| EXAMEN DE EGRESO:  | SATISFACTORIO                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO SATISFACTORIO              | <input type="checkbox"/> |
| EXAMEN DE ALTURAS  | SIN RESTRICCION PARA ALTURA   | <input checked="" type="checkbox"/> | CON RESTRICCION PARA ALTURA   | <input type="checkbox"/> |
| RECOMENDACIONES:   |                               |                                     | APLAZADO                      | <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES – RECOMENDACIONES

| MANEJO POR EPS/ARL                                                                                                      | OCUPACIONALES                 | HABITOS                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Control Periódico EPS                                                                                                   | Uso de EPP                    | Dejar de Fumar                      |
| Remisión Especialista EPS                                                                                               | Control Periódico Ocupacional | Deporte Semanal                     |
| Seguimiento por la ARL                                                                                                  | Higiene Postural              | Reducir consumo de Alcohol          |
| Control Optométrico                                                                                                     | Pausas Activas                | Bajar de peso                       |
| Control Auditivo                                                                                                        | Capacitaciones en SST         | Fomento de estilo de vida Saludable |
| Control Espirométrico                                                                                                   | Higiene de Voz                | Autocuidado                         |
| Tratamiento y control P y P                                                                                             | Revisión Periódica de la T.A  | Ingresar al programa de Obesidad    |
| CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD: LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS, DISTANCIAMIENTO FISICO Y USO DE TAPABOCAS. |                               |                                     |

INCLUIR SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA -SVE

INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGO DE LA EMPRESA.

*Anaí Carolina Álvarez Martínez*

Firma del Medico Esp. SST

Lic. SST. 202330002996

*Selfy Cecilia Carreazo V.*

Firma del Trabajador

C.C: 50.911.301

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, familiares y personales que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información suministrada durante este examen es cierta.

NOTA: La Historia Clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL). Resolución 6398 de 1991. Artículo 2).

DIRECCION: Calle 27 N°. 13-08 Centro Medico Valles del Sinú

TELEFONOS: 313 518 28 99 - 311 738 4018

Email: [servioocupacionalesdelacostacaribes.a.s@hotmail.com](mailto:servioocupacionalesdelacostacaribes.a.s@hotmail.com)



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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**  
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.911.301**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 28 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) CARLO ARTURO MEDRANO MUÑOZ (identificado(a) con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 11031282, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

|                              |                      |                      |                                       |
|------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------|
| Nombres Cotizante:           | CARLO ARTURO         | Apellidos Cotizante: | MEDRANO MUÑOZ                         |
| Tipo Documento:              | Cédula de Ciudadanía | Número Documento:    | 11031282                              |
| Estado Actual:               | Activo               | Tipo de Afiliación:  | Cotizante docente                     |
| Fecha de Afiliación a salud: | 02/03/2011           | UT Afiliación:       | UNION TEMPORAL DEL NORTE REGION CINCO |
| Fecha de Retiro:             |                      |                      |                                       |

Información de los Beneficiarios:

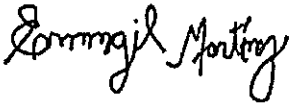
| Tipo Identificación  | Número Identificación | Nombres      | Apellidos          | Fecha Afiliación | Estado Actual | Fecha Retiro | Parentesco          |
|----------------------|-----------------------|--------------|--------------------|------------------|---------------|--------------|---------------------|
| Cédula de Ciudadanía | 50911301              | SELF CESILIA | CARREAZO HERNANDEZ | 18/12/2015       | Activo        |              | Conyuge o Compañero |
| Tarjeta de Identidad | 1067838966            | CARLOS DAVID | MEDRANO CARREAZO   | 28/09/2012       | Retirado      | 10/01/2023   | Hijo Docente        |
| Cédula de Ciudadanía | 1193234623            | JULIANA      | MEDRANO CARREAZO   | 28/09/2012       | Activo        |              | Hijo Docente        |

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

"Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

Dada a solicitud del interesado en la fecha 01/03/2024.

Cordialmente,



Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suñe

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

MONTERIA,  
CORDOBA,  
COLOMBIA,  
A quién interese

16/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ** con Cédula de Ciudadanía número **50911301**

Posee en el banco Davivienda:

### CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número **0550488405396968**  
Fecha de apertura **16/05/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: |      |      |                 |      |      | SUCURSAL:        |      |      |                 | COD. SUC: |                  | N.º POLIZA:     |      | ANEXO:           |  |
|-----------------------|------|------|-----------------|------|------|------------------|------|------|-----------------|-----------|------------------|-----------------|------|------------------|--|
| MONTERIA              |      |      |                 |      |      | AGENCIA MONTERIA |      |      |                 | 53        |                  | 53-46-101021517 |      | 0                |  |
| FECHA EXPEDICIÓN:     |      |      | VIGENCIA DESDE: |      |      | A LAS:           |      |      | VIGENCIA HASTA: |           |                  | A LAS:          |      |                  |  |
| DÍA:                  | MES: | AÑO: | DÍA:            | MES: | AÑO: | HORAS:           | DÍA: | MES: | AÑO:            | HORAS:    | DÍA:             | MES:            | AÑO: | TIPO MOVIMIENTO: |  |
| 02                    | 01   | 2026 | 01              | 01   | 2026 | 00:00            | 01   | 11   | 2026            | 23:59     | EMISIÓN ORIGINAL |                 |      |                  |  |

| DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO |  |                                  |                      |
|---------------------------------|--|----------------------------------|----------------------|
| NOMBRE O RAZON SOCIAL:          |  | CARREAZO HERNANDEZ SELFY CECILIA |                      |
| DIRECCION:                      |  | CIUDAD:                          | IDENTIFICACION:      |
| MZ 7 LT 9 BARRIO VILLA LUZ      |  | LOS CORDOBAS - CORDOBA           | C.C.: 50.911.301     |
|                                 |  |                                  | TELEFONO: 3215913578 |

| DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO                                                   |  |                                |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------|
| ASEGURADO/BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DEL MUNICIPIO DE LOS CORDOBAS |  |                                |                     |
| DIRECCION: LOS CORDOBAS                                                              |  | IDENTIFICACION:                | NIT.: 812,003,996-1 |
| ADICIONAL:                                                                           |  | CIUDAD: LOS CORDOBAS - CORDOBA | TELEFONO: 2186977   |

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. PSAG 007- 2026 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIA DE LA ESE CAMU LOS CORDOBAS

| AMPAROS                         |  |                 |                   |
|---------------------------------|--|-----------------|-------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS |  |                 |                   |
| AMPAROS:                        |  |                 |                   |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO       |  | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA:   |
| CALIDAD DEL SERVICIO            |  | 01/01/2026      | 01/11/2026        |
|                                 |  | 01/01/2026      | 01/11/2026        |
|                                 |  |                 | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|                                 |  |                 | \$ 1,301,022.00   |
|                                 |  |                 | \$ 1,301,022.00   |
| DECLARACIONES:                  |  |                 |                   |

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA:        | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL: | PLAN DE PAGO: |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|------------------------|---------------|
| \$ 40,000.00      | \$ 8,000.00        | \$ 9,120.00 | \$ 57,120.00   | \$ 2,602,044.00        | CONTADO       |

| INTERMEDIARIO                |        |         | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |         |                  |
|------------------------------|--------|---------|------------------------|---------|------------------|
| NOMBRE:                      | CLAVE: | % PART: | NOMBRE COMPAÑIA:       | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| ROLANDO JAVIER BARRERA VELEZ | 250880 | 100,00  |                        |         |                  |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.1-23 LOCAL 3 - TELÉFONO: 7813230 - MONTERIA



53-46-101021517

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Autopista Norte # 100 - 60, Piso 5 Bogotá D.C. Piso 5 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

1067839173A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO \* RESPONSABLE IVA

NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS  
9802539040

PÓLIZA No: 980 -89 - 994000001966 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGE: 980 RAMO: 89 PAP:  
DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
22 07 2025 22 07 2025 23:59 22 07 2026 23:59 22 07 2025 23:59  
FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS FECHA DE IMPRESIÓN  
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA  
22 07 2025 23:59 22 07 2026 23:59 365  
VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR  
NOMBRE: SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ IDENTIFICACIÓN: CC 50.911.301  
DIRECCIÓN: LOS CORDOBAS CIUDAD: LOS CÓRDOBAS, CÓRDOBA TELÉFONO: 3016521142

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO  
ASEGURADO: SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ IDENTIFICACIÓN: CC 50.911.301  
DIRECCIÓN: LOS CORDOBAS CIUDAD: LOS CÓRDOBAS, CÓRDOBA TELÉFONO: 3016521142  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS  
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CÓRDOBA CIUDAD: MONTERÍA  
DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0  
ACTIVIDAD: ENFERMERA

| DESCRIPCION                       | AMPAROS | SUMA ASEGURADA    | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO |         | \$ 100,000,000.00 |                   |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA      |         | 100,000,000.00    |                   |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO     |         | 100,000,000.00    | 0.00              |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS        |         | 100,000,000.00    | 0.00              |
| SUSTITUCION PROVISIONAL           |         | 100,000,000.00    | 0.00              |
| GASTOS DE DEFENSA                 |         | 100,000,000.00    | 0.00              |

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

SE ACLARA LA ESPECIALIDAD AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

CONDICIONES GENERALES:  
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I Y  
17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

|                                                 |                                |                                        |                        |                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ ****100,000,000.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****54,950 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ ****15,000.00 | IVA:<br>\$ *****13,291 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****83,240 |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|------------------------|----------------------------------|

|                                               |               |                  |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------|------------------|---------------------------------------------|
| INTERMEDIARIO                                 |               | COASEGURO CEDIDO |                                             |
| NOMBRE<br>GESTION Y EFICACIA EN SEGUROS GES Y | CLAVE<br>7805 | %PART<br>100.00  | NOMBRE COMPAÑIA<br>%PART<br>VALOR ASEGURADO |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000980253904  
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
C7D0207A0A0CF57E5B CLIENTE SJARGUELLO 0

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LTCCO. AGENCIA: 980 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000001966 ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

|               |                                  |                 |               |
|---------------|----------------------------------|-----------------|---------------|
| NOMBRE:       | SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ | IDENTIFICACIÓN: | CC 50.911.301 |
| ASEGURADO:    | SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ | IDENTIFICACIÓN: | CC 50.911.301 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS               | IDENTIFICACIÓN: | NT 001-8      |

### TEXTO ITEM 1

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf> OBJETO  
<<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>>

#### AMPARO BÁSICO:

- Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y, en modalidad Ocurrencia.
- Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad vigencia Ocurrencia.
- Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

#### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

- Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

#### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
- Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- Cláusula de no renovación tácita o automática.
- Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

#### DEDUCIBLES:

- Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

#### EXCLUSIONES:

- Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
- Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
  - Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
  - Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
  - Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
  - Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
  - Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
  - Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
  - Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
  - Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
  - Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como: RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
  - Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda al estado de Exquatur en Colombia.
  - Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoesultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
  - Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoesultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
- EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LTCCOD.AGENCIA: 980 RAMO: 89 No POLIZA: 994000001966 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ IDENTIFICACIÓN: CC 50.911.301  
ASEGURADO: SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ IDENTIFICACIÓN: CC 50.911.301  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier forma de cualquier origen.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

1.1 Pérdida cibernética.

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

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

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

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

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

B. ACTO CIBERNÉTICO:

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

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

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

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

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

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

E. DATOS:

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTION Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGENCIA: 980 RAMO: 89 No POLIZA: 994000001966 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

|               |                                  |                 |     |            |
|---------------|----------------------------------|-----------------|-----|------------|
| NOMBRE:       | SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ | IDENTIFICACIÓN: | CC  | 50.911.301 |
| ASEGURADO:    | SELFY CECILIA CARREAZO HERNANDEZ | IDENTIFICACIÓN: | CC  | 50.911.301 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS               | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 001-8      |

TEXTO ITEM 1

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

- Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
  - ü Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
  - ü Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

- Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

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

CLIENTE