

Casabianca, Tolima, 14 abril del 2026

Doctora

**SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN.**

**Gerente E.S.E. Hospital Santo Domingo**

Casabianca, Tolima

Asunto: **Propuesta de prestación de servicios al HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. de Casabianca – Tolima.**

Respetuoso saludo,

De acuerdo a la invitación realizada, me permito ofertar la siguiente propuesta de prestación de servicios:

**OBJETO CONTRACTUAL:**

CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN (A) ENFERMERO (A) JEFE, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), DERIVADAS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SUSCRITO EN LA VIGENCIA 2026 ENTRE MUNICIPIO DE CASABIANCA TOLIMA Y EL HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. DE CASABIANCA - TOLIMA.

**TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

OCHENTA Y SIETE (87) DÍAS CALENDARIOS

**PROPUESTA ECONÓMICA:**

DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000,00) MCTE.

**OBLIGACIONES QUE ME OBLIGARÍA A DESARROLLAR:**

1. Apoyar al hospital en la ejecución de todas las actividades encomendadas por el municipio de Casabianca – Tolima al interior del contrato interadministrativo celebrado en la vigencia 2026 por la Alcaldía Municipal de Casabianca y el Hospital Santo Domingo E.S.E., desde el ámbito de su competencia y conocimiento. 2. Acompañar, gestionar y coadyuvar en la ejecución de las siguientes actividades, en lo que se requiera a todo costo, dotando a las personas que disponga la supervisión, de todos los insumos, elementos y gestiones que correspondan para de forma satisfactoria logremos cumplir con las siguientes: **META DEL PRODUCTO: PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS, MUJERES, POBLACIÓN CAMPESINA, LBGTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICIÓN Y/O SITUACIÓN**

| ACTIVIDAD PROGRAMADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TIPO DE INTERVENCION | ENTORNO RES 3280 | AMBITO RES 3280 | POBLACIÓN OBJETO                       | PERSONAS A INTERVENNIR               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| Brindar información en salud sobre prevención de ITS, VIH SIDA, uso del preservativo, embarazo en adolescentes, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos y promocionar los servicios amigables de la IPS, dirigido a la población educativa de sexto a once de las instituciones educativa Antonio Nariño                                                         | Información en salud | Familiar         | Rural           | Adolescencia, juventud.                | 100% de las instituciones educativas |
| Mediante la estrategia casa a casa de las veredas la Graciela y la zulía brindar información a a la población en situación de discapacidad y cuidadores donde se promocióne los derechos en salud y la ley estatutaria 1618 de 2013, así mismo, canalizar población susceptible a acceder a la certificación de discapacidad y a los cuidadores al Registro Nacional de cuidadores | Información en salud | Familiar         | Rural           | Adolescencia, juventud, adultez, vejez | 100                                  |
| Mediante la estrategia casa a casa de las veredas la Graciela y la zulía brindar información en salud sobre el acceso y prestación de servicios de salud, Derechos y Deberes y Promoción de los espacios de participación a las personas víctimas del conflicto.                                                                                                                   | Información en salud | Familiar         | Rural           | Adolescencia, juventud, adultez, vejez | 100                                  |

**3. Acompañar, gestionar y coadyuvar en la ejecución de las siguientes actividades, en lo que se requiera a todo costo, dotando a las personas que disponga la supervisión, de todos los insumos, elementos y gestiones que correspondan para de forma satisfactoria logremos cumplir con las siguientes: META DEL PRODUCTO: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

| ACTIVIDAD PROGRAMADA                                                                                                                                                                       | TIPO DE INTERVENCION | ENTORNO RES 3280 | AMBITO RES 3280 | POBLACIÓN OBJETO                                                   | PERSONAS A INTERVENNIR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Brindar información en salud mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la Graciela y la zulía y el Centro de desarrollo infantil urbano. Informado sobre 3 | Información en salud | Familiar         | Rural           | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250                    |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |          |       |                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| mensajes claves EDA, medidas de prevención de la EDA, incluyendo prácticas adecuadas de higiene y manipulación de alimentos, lavado de manos, consumo de agua segura y adecuado manejo de residuos, así como el reconocimiento oportuno de signos de alarma; la población que se identifique con signos de EDA será canalizada para seguimiento con medico general.                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |          |       |                                                                    |     |
| Desarrollar jornadas de información en salud mediante visitas domiciliarias bajo la estrategia casa a casa, dirigidas al 100% de la población de las veredas la Graciela y la zulía; brindando información sobre el cuidado del agua, la importancia de evitar la contaminación de quebradas y nacimientos, la correcta separación de residuos en el hogar (orgánicos, reciclables y no aprovechables), así como medidas de saneamiento básico que contribuyan a prevenir la proliferación de vectores y enfermedades asociadas a condiciones ambientales inadecuadas.                                                                   | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 150 |
| Brindar información en salud mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la Graciela y la zulía; se brindará información a las familias y a las personas diagnosticadas con estas patologías acerca de la importancia de asistir de manera periódica a los controles médicos, factores de riesgo asociados a estas enfermedades, tales como alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, y se promoverán prácticas de autocuidado como la alimentación balanceada, la actividad física regular y el control periódico de la presión arterial y los niveles de glucosa. Las personas | Información en salud | Familiar | Rural | Juventud, adultez, vejez                                           | 150 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |          |       |                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| que durante la intervención se identifiquen con diagnóstico previo de hipertensión o diabetes y que no se encuentren vinculadas a programas de seguimiento, así como aquellas que requieran valoración por síntomas o falta de control de su enfermedad, serán canalizadas a los servicios de salud para valoración y seguimiento por medicina general                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |          |       |                                                                    |     |
| Realizar jornadas de tamizaje nutricional bajo la estrategia casa a casa orientadas a la identificación temprana de personas con riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad mediante la medición de indicadores antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal (IMC) al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía; Durante la actividad se brindará educación en hábitos de vida saludable, incluyendo alimentación balanceada, promoción de actividad física regular, prevención del consumo de alcohol y cigarrillo y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Las personas identificadas con riesgo nutricional serán canalizadas hacia los servicios de salud correspondientes, principalmente consulta médica, valoración por nutrición y programas de promoción y mantenimiento de la salud, con el fin de garantizar seguimiento clínico oportuno. | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 200 |
| Mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía, brindar información en salud sobre la prevención del cáncer colorrectal a la población general y canalizando al servicio de medicina y pruebas de detección temprano a las personas que cumplan requisitos para prueba de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 200 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |          |       |                                                   |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| tamización y realizar el seguimiento a las consultas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |          |       |                                                   |                                                                  |
| Mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población en las veredas la graciela y la zulía y el centro de desarrollo infantil urbano, brindar información en salud a padres, madres y cuidadores de niños y niñas menores de cinco años, orientadas a fortalecer conocimientos sobre seguridad alimentaria, prácticas adecuadas de alimentación infantil, prevención de la desnutrición y signos de alarma. De manera complementaria, se realizará tamizaje nutricional a los menores de 5 años, buscando la identificación temprana de menores que presenten clasificación nutricional compatible con desnutrición o riesgo de desnutrición; los casos identificados serán canalizados oportunamente a los servicios de salud para valoración con el fin de garantizar atención integral, seguimiento oportuno y prevención de complicaciones asociadas al estado nutricional. | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, adolescencia, juventud, adultez | 70                                                               |
| Mediante la estrategia casa a casa brindar información en salud donde se socialice el plan de los mil primeros días a padres, madres y cuidadores de menores de 3 años en las veredas la graciela y la zulía y el centro de desarrollo infantil urbano.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, adolescencia, juventud, adultez | 100                                                              |
| Mediante la estrategia casa a casa brindar información al 100% de las gestantes activas en el municipio, las madres gestantes y en periodo de lactancia identificadas de las veredas la graciela y la zulía y el centro de desarrollo infantil urbano sobre lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años o más, resaltando sus beneficios nutricionales,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Información en salud | Familiar | Rural | Adolescencia, juventud, adultez                   | 100% de mujeres gestantes y lactantes de las veredas priorizadas |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |          |       |                                        |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|----------------------------------------|----|
| inmunológicos y afectivos para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. Asimismo, se orientará a las madres sobre técnicas adecuadas de extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna, especialmente en situaciones en las que la madre se encuentra fuera del hogar o requiere mantener la producción de leche                                                                         |                      |          |       |                                        |    |
| Mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía, brindar información en salud sobre la prevención del cáncer de próstata a la población masculina y canalizando al servicio de medicina y pruebas de detección temprana a las personas que cumplan requisitos para tamizaje (Toma de PSA - Tacto rectal) y realizar el seguimiento a las consultas.          | Información en salud | Familiar | Rural | Adultez, vejez                         | 70 |
| Mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía, brindar información en salud sobre la prevención del cáncer de cuello uterino a la población general y canalizando al servicio de medicina y pruebas de detección temprana y a a las personas que cumplan requisitos para tamizaje (Toma de citología - ADN/VPH) y realizar el seguimiento a las consultas. | Información en salud | Familiar | Rural | Adolescencia, juventud, adultez, vejez | 70 |
| Mediante la estrategia casa a casa al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía, brindar información en salud sobre la prevención del cáncer de mama a la población general haciendo énfasis en la realización del autoexamen de seno y canalizando al servicio de medicina y pruebas de detección temprana y a las personas que cumplan requisitos para tamizaje (Examen clínico de mama -  | Información en salud | Familiar | Rural | Adolescencia, juventud, adultez, vejez | 70 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |          |       |                                                                    |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| mamografía) y realizar el seguimiento a las consultas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |          |       |                                                                    |     |
| Realizar captación sintomáticos respiratorios mediante visitas domiciliarias casa a casa dirigida al 100% de la población en el microterritorio N°4 comprendido por las veredas la graciela, la zulía y el coral, indagando sobre presencia de signos y síntomas de alarma como tos persistente por más de 15 días, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y dificultad respiratoria. Las personas que manifiesten mas de 2 síntomas respiratorios serán canalizadas oportunamente a los servicios de salud para valoración médica, toma de muestras diagnósticas y seguimiento según lineamientos del programa de sintomáticos respiratorios | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250 |
| Brindar información en salud mediante visitas domiciliarias bajo la estrategia casa a casa dirigida al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía, en estas visitas se promoverán los 3 mensajes claves para prevenir la IRA, medidas preventivas como la consulta oportuna ante síntomas respiratorios, el uso adecuado del tapabocas en caso de enfermedad respiratoria, la ventilación adecuada de los espacios y la adopción de prácticas de autocuidado que contribuyan a reducir la transmisión de infecciones respiratorias aguda.                                                                                           | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250 |
| Mediante la estrategia casa a casa de las veredas la graciela y la zulía brindar información a la población adulta mayor donde se promocióne los derechos, el acceso y la prestación de los servicios de salud, así como la socialización de la ruta intersectorial de prevención de violencia al adulto mayor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Información en salud | Familiar | Rural | vejez                                                              | 100 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |          |       |       |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|-------|---|
| Realizar las siguientes conmemoraciones: Día de la NO VIOLENCIA contra el adulto mayor (15 de junio). Día del adulto mayor con la realización de 1 eventos lúdicos, evento cultura donde se brinde información acerca de los hábitos saludables, desarrollo psicoafectivo, calidad de vida y se den mensajes positivos y de inclusión con la promoción del envejecimiento activo y el rescate de los valores, tanto en el área urbana como el área rural. Según disposiciones de SST y/o Min Salud | Información en salud | Familiar | Rural | vejez | 1 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|-------|---|

4. Acompañar, gestionar y coadyuvar en la ejecución de las siguientes actividades, en lo que se requiera a todo costo, dotando a las personas que disponga la supervisión, de todos los insumos, elementos y gestiones que correspondan para de forma satisfactoria logremos cumplir con las siguientes: **META DEL PRODUCTO: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

| ACTIVIDAD PROGRAMADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TIPO DE INTERVENCION | ENTORNO RES 3280 | AMBITO RES 3280 | POBLACIÓN OBJETO                                                   | PERSONAS A INTERVENIR     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Aplicar la encuesta de condiciones de salud y socioambientales al 100% de la población de las veredas la Graciela y la zulia, documentarlas en medio físico y en medio digital, en coordinación con las acciones de equipos básicos de salud de la E.S.E Hospital Santo Domingo                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Información en salud | Familiar         | Rural           | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250                       |
| En el área urbana y rural, brindar información en salud al 100% de las mujeres en estado de gestación, brindar información en salud sobre factores protectores y factores de riesgo durante el embarazo, identificación de signos de alarma, importancia del control prenatal oportuno, el parto institucional y la planificación familiar. Asimismo, realizar seguimiento al cumplimiento de los controles prenatales en articulación con la IPS, con el fin de promover la adherencia a la atención materna y contribuir a la prevención de complicaciones durante la gestación. | Información en salud | Familiar         | Rural           | Adolescencia, juventud, adultez.                                   | 100% de mujeres gestantes |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |          |       |                                                                    |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| En el microterritorio N°4 comprendido por las veredas la graciela y la zulía, mediante la estrategia casa a casa realizar barrido documentado en busca de población susceptible a la vacunación contra la Fiebre amarilla, Esto de acuerdo a las directrices de la SST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 200 |
| Mediante la estrategia casa a casa verificar esquema de vacunación al 100% de la población de las veredas la graciela y la zulía; durante esas visitas promocionar la vacunación, dar a conocer las ventajas de su aplicación, aclarar mitos y falsas creencias sobre las vacunas e identificar la población a vacunar y realizar la aplicación de dosis de acuerdo a los diferentes esquemas:<br>- Menores de 5 años que no han recibido el esquema de vacunación completo.<br>- Niñas a partir de los 9 años para VPH.<br>- Mujeres gestantes.<br>-Adultos mayores de 60 años.<br>-Población de todos los cursos de vida a vacunar contra COVID 19 que no ha recibido ninguna dosis o falta refuerzo. | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 200 |
| Mediante la estrategia casa a casa de las veredas la graciela y la zulía brindar información en salud dirigidas a la población general sobre la identificación temprana y medidas de prevención de los defectos congénitos, promoviendo el reconocimiento de signos de alarma y factores de riesgo durante la gestación y la primera infancia. Asimismo, identificar casos diagnosticados o sospechosos en la comunidad, brindando orientación a las familias y fortaleciendo sus capacidades para el cuidado, la inclusión social y el acceso                                                                                                                                                          | Información en salud | Familiar | Rural | Adolescencia, juventud, adultez, vejez                             | 200 |

|                                                                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| oportuno a los servicios de salud, rehabilitación y rutas de atención integral. |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

5. Acompañar, gestionar y coadyuvar en la ejecución de las siguientes actividades, en lo que se requiera a todo costo, dotando a las personas que disponga la supervisión, de todos los insumos, elementos y gestiones que correspondan para de forma satisfactoria logremos cumplir con las siguientes: **META DEL PRODUCTO: CAMBIO CLIMÁTICO, EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS**

| ACTIVIDAD PROGRAMADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TIPO DE INTERVENCION | ENTORNO RES 3280 | AMBITO RES 3280 | POBLACIÓN OBJETO                                                   | PERSONAS A INTERVENNIR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Mediante la estrategia casa a casa de las veredas la graciela y la zulía brindar información en salud dirigidas al 100% de la población, orientadas a sensibilizar sobre los riesgos para la salud asociados a una posible erupción del volcán Nevado del Ruiz, incluyendo la exposición a ceniza volcánica, material particulado y contaminación de fuentes de agua. Así mismo, promover medidas de prevención y autocuidado para la protección de la salud, el manejo seguro del agua y los alimentos, y la preparación de kits de emergencia, con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta comunitaria ante posibles eventos volcánicos. | Información en salud | Familiar         | Rural           | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250                    |

6. Acompañar, gestionar y coadyuvar en la ejecución de las siguientes actividades, en lo que se requiera a todo costo, dotando a las personas que disponga la supervisión, de todos los insumos, elementos y gestiones que correspondan para de forma satisfactoria logremos cumplir con las siguientes: **META DEL PRODUCTO: CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA Y SOBERANÍA SANITARIA**

| ACTIVIDAD PROGRAMADA                                                                                                                                                                       | TIPO DE INTERVENCION | ENTORNO RES 3280 | AMBITO RES 3280 | POBLACIÓN OBJETO                          | PERSONAS A INTERVENNIR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------|------------------------|
| Mediante la estrategia casa a casa en el 100% de las veredas la graciela y la zulía; brindar información en salud sobre la prevención de fiebre amarilla, sus signos de alarma, medidas de | Información en salud | Familiar         | Rural           | Primera infancia, Infancia, adolescencia, | 250                    |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |          |       |                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| prevención y la importancia de la vacunación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |          |       | juventud, adultez, vejez                                           |            |
| Realizar 8 campañas entorno a prevención Fiebre Amarilla (4 medios digitales y 4 puntos de concentración), brindando información sobre síntomas, signos de alarma, medidas de prevención y la importancia de la vacunación, a través de sesiones de información en salud, redes sociales y páginas web.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 8 campañas |
| Mediante la estrategia casa a casa en el 100% del centro poblado yumba, llanadas, lembo, la graciela, la zulía y el coral, brindar información en salud a la comunidad sobre enfermedades transmitidas por vectores, especialmente dengue y leishmaniasis, abordando factores de riesgo, signos de alarma y medidas de prevención; durante las visitas domiciliarias se realizará además inspección y verificación de tanques, estanques y otros depósitos de almacenamiento de agua, con el fin de identificar posibles criaderos de vectores, promover su adecuada limpieza, mantenimiento y/o eliminación, y orientar a las familias sobre prácticas de control ambiental para la prevención de estas enfermedades. | Información en salud | Familiar | Rural | Primera infancia, Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez | 250        |
| Mediante la estrategia casa a casa en las veredas la graciela y la zulía y el coral brindar información en salud dirigidas a la población general sobre la identificación temprana de las enfermedades huerfanas, promoviendo el reconocimiento de signos de alarma. Así mismo, identificar casos diagnosticados o sospechosos en la comunidad, brindando orientación a las familias y fortaleciendo sus                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Información en salud | Familiar | Rural | Infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez                   | 200        |

|                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| capacidades para el cuidado, la inclusión social y el acceso oportuno a los servicios de salud, rehabilitación y rutas de atención integral. |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

7. En todo caso, la contratista debe apoyar en la ejecución de todas las actividades que, por el tipo de actividad a ejercer, lo amerite o las que indique el supervisor para el buen desempeño del hospital en el plan de intervenciones colectiva en el municipio de Casabianca - Tolima. 8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos que le sean asignados por quien ejerce actividades como referente del área o supervisor o gerencia. 9. Entregar los soportes de ejecución de la actividad, que permita el análisis del indicador, lista de asistencia con enfoque diferencial, fotos y lo que corresponda para que se evidencie el cumplimiento de actividad por actividad. 10. Las demás que estén relacionadas con el objeto del contrato. 11. La Contratista asume los costos directos e indirectos, así como impuestos y gastos de transporte (hasta el lugar de entrega que indique la entidad) entre otros que se generen en esta contratación. 12. La contratista se obliga a mantener los precios de los insumos contratados, sin importar la variación de los costos de las materias primas utilizadas en su fabricación durante el periodo de ejecución del contrato. 13. Las demás que se deriven del objeto contractual. **PARÁGRAFO:** EL CONTRATISTA se compromete con el HOSPITAL a responder por los servicios, actividades u obligaciones mal elaborados y no entregados en el tiempo establecido dentro de sus obligaciones, los mismo serán cancelados con sus recursos con el fin de garantizar el uso adecuado y transparente de los recursos provenientes por venta de servicios

Atentamente,



**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**  
C.C. No. 1.004.364.045





Libertad y Orden

## FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

### 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Nieto</u>                                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Mendez</u>                    | NOMBRES<br><u>Nicol Andrea</u>                                                                                                                                                                                   |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1004364045</u>                 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                           |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2003</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO. <u>Tolima</u><br>MUNICIPIO <u>Rio Blanco</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Barrio bello horizonte</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO. <u>Tolima</u><br>MUNICIPIO <u>Tolima, Rio Blanco</u><br>TELÉFONO <u>3138996856</u> EMAIL <u>neutonica@gmail.com</u> |

### 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA |     |     |            |     |     |       |     |                |    |   | TÍTULO OBTENIDO |      |
|------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-------|-----|----------------|----|---|-----------------|------|
| PRIMARIA         |     |     | SECUNDARIA |     |     | MEDIA |     | FECHA DE GRADO |    |   |                 |      |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o.        | 5o. | 6o. | 7o.   | 8o. | 9o.            | 10 | X | MES             | AÑO  |
|                  |     |     |            |     |     |       |     |                |    |   | 12              | 2018 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).  
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD | No. SEMESTRES | GRADUADO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS          | TERMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|-----------|---------------|----------|---------------------------------|-------------|----------------|
| ACADÉMICA | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO               | MES AÑO     | PROFESIONAL    |
| UN        | 9             | X        | Enfermera                       | 12 2023     | 1004364045     |
| ES        | 3             |          | X Esp. Administración en Salud. |             |                |
|           |               |          |                                 |             |                |
|           |               |          |                                 |             |                |
|           |               |          |                                 |             |                |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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 |
| Ingles |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                               |                          |                            |             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|------------|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                               |                          |                            |             |            |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | CSE Hospital Maria Inmaculada |                          | PÚBLICA                    | PRIVADA     | PAÍS       |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | Tolima                        |                          | MUNICIPIO                  |             | Ricoblanco |
| TELÉFONOS                                                                                                             |                               |                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |             |            |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               |                               | DEPENDENCIA              |                            | DIRECCIÓN   |            |
| Enfermera profesional                                                                                                 |                               | Administrativo           |                            | B. San José |            |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |                          |                            |             |            |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | CSE Hospital Maria Inmaculada |                          | PÚBLICA                    | PRIVADA     | PAÍS       |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | Tolima                        |                          | MUNICIPIO                  |             | Ricoblanco |
| TELÉFONOS                                                                                                             |                               |                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |             |            |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      |                               | DEPENDENCIA              |                            | DIRECCIÓN   |            |
| Enfermera profesional                                                                                                 |                               | Equipos básicos en Salud |                            | B. San José |            |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |                          |                            |             |            |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | CSE Hospital Maria Inmaculada |                          | PÚBLICA                    | PRIVADA     | PAÍS       |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | Tolima                        |                          | MUNICIPIO                  |             | Ricoblanco |
| TELÉFONOS                                                                                                             |                               |                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |             |            |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      |                               | DEPENDENCIA              |                            | DIRECCIÓN   |            |
| Enfermera profesional                                                                                                 |                               | Administrativo           |                            | B. San José |            |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |                          |                            |             |            |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | CSE Hospital Maria Inmaculada |                          | PÚBLICA                    | PRIVADA     | PAÍS       |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | Tolima                        |                          | MUNICIPIO                  |             | Ricoblanco |
| TELÉFONOS                                                                                                             |                               |                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |             |            |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      |                               | DEPENDENCIA              |                            | DIRECCIÓN   |            |
| Enfermera profesional                                                                                                 |                               | Equipos básicos en Salud |                            | B. San José |            |

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



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                                                                                                |                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                                                                                                |                                                                                               |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><i>ESE Hospital Maria Inmaculada</i>                                                             | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>                   | PAÍS<br><i>Colombia</i>                                                                       |  |
| DEPARTAMENTO<br><i>Bolima</i>                                                                                         | MUNICIPIO<br><i>Rio Blanco</i>                                                                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <i>09</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2024</i>                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <i>05</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2024</i>                                |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br><i>Enfermera profesional</i>                                                               | DEPENDENCIA<br><i>Administrativo</i>                                                           | DIRECCIÓN<br><i>B. San Jose</i>                                                               |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                                                                                               |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br><i>ESE Hospital Maria Inmaculada</i>                                                             | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>                   | PAÍS<br><i>Colombia</i>                                                                       |  |
| DEPARTAMENTO<br><i>Bolima</i>                                                                                         | MUNICIPIO<br><i>Rio Blanco</i>                                                                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <i>05</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2024</i>                                | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <i>05</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2024</i>                                |  |
| CARGO O CONTRATO<br><i>Enfermera profesional equipos basicos en salud</i>                                             | DEPENDENCIA<br><i>B. San Jose</i>                                                              | DIRECCIÓN<br><i>B. San Jose</i>                                                               |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                                                                                               |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>                              | PAÍS                                                                                          |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |  |

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



FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 2                     |       |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO |                       |       |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 2                     |       |

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Riohacha, Tolima 13-03-2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

| 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                        |                      |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1.1. DE BIENES Y RENTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                        |                      |                       |
| YO, NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         |                        |                      |                       |
| IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1,004,364,045 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
| País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         | Departamento MAGDALENA |                      | Municipio SANTA MARTA |
| Dirección CRA 19 NUMERO 65-106 GAIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                        | Teléfonos 3138796856 |                       |
| Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                        |                      |                       |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |                      | PARENTESCO            |
| DANIEL FELIPE NEUTA MENDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | 1,083,041,978          |                      | HERMANO               |
| ISABEL GABRIELA NEUTA MENDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | 1,083,012,828          |                      | HERMANA               |
| YENI MENDEZ DEVIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         | 52,304,204             |                      | MADRE                 |
| DOGOBERTO NEUTA ORTEGON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         | 80,441,640             |                      | PADRE                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
| DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122 INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION X<br>PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | \$ 3,990,000           |                      |                       |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | \$ -                   |                      |                       |
| GASTOS DE REPRESENTACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | \$ -                   |                      |                       |
| ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | \$ -                   |                      |                       |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         | \$ -                   |                      |                       |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         | \$ -                   |                      |                       |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | \$ 3,990,000           |                      |                       |
| b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                        |                      |                       |
| ENTIDAD FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TIPO DE CUENTA          | NUMERO DE LA CUENTA    | SEDE DE LA CUENTA    | SALDO DE LA CUENTA    |
| BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AHORROS                 | 91235127735            | CHAPARRAL            | \$ 0.61               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
| c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
| TIPO DE BIEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | IDENTIFICACION DEL BIEN |                        | VALOR                |                       |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                     |                        | N/A                  |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                        |                      |                       |

EMPLEADOR O CONTRATANTE



| 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)                     |                    |            |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son: |                    |            |
| ENTIDAD O PERSONA                                         | CONCEPTO           | VALOR      |
| SERFINANZAS                                               | TARJETA DE CREDITO | \$ 705,382 |
| ADDI                                                      | CREDITO            | \$ 500,000 |
|                                                           |                    |            |
|                                                           |                    |            |
|                                                           |                    |            |

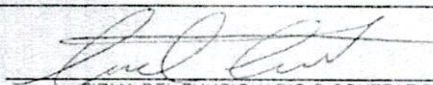
  

| 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES                                                           |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:                                                    |                                   |
| ENTIDAD O INSTITUCION                                                                                                                         | CALIDAD DE MIEMBRO                |
| N/A                                                                                                                                           | N/A                               |
|                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                                                                                               |                                   |
| b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:                                                         |                                   |
| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION                                                                                                            | CALIDAD DE SOCIO                  |
| N/A                                                                                                                                           | N/A                               |
|                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                                                                                               |                                   |
| c) En la actualidad: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO X    tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con: |                                   |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE                                                                                                               | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION    N° |
|                                                                                                                                               | C.C.    C.E.    T.I.              |

| 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                                                                                                                                                  | FORMA DE PARTICIPACION |
| N/A                                                                                                                                                                         | N/A                    |
|                                                                                                                                                                             |                        |
|                                                                                                                                                                             |                        |
|                                                                                                                                                                             |                        |
|                                                                                                                                                                             |                        |
|                                                                                                                                                                             |                        |

| 3. FIRMA                                                                                                                   |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <br>FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | Riohlanco, Tolima    13-03-2026<br>CIUDAD Y FECHA |



DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14983408041



(4157707212489984(8020) 0000014983408041

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 4 3 6 4 0 4 5 9

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 4 3 6 4 0 4 5

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

NEUTA

32. Segundo apellido

MENDEZ

33. Primer nombre

NICOL

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 19 # 65 - 106 CA 7

42. Correo electrónico

neutanicol94@gmail.com

43. Código postal

6 0 0 1

44. Teléfono 1

3 1 3 8 7 9 6 8 5 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

## 47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 1 0 1 2

## Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 9

## 49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 1 0 1

## Otras actividades

50. Código

1 2

## Ocupación

51. Código

## 52. Número

establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

63. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

54. Código

## Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios

0

61. Fecha 2024-02-20 / 03:18:27PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

64. Nombre NEUTA MENDEZ NICOL ANDREA

65. Cargo CONTRIBUYENTE





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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 13 de marzo de 2026, a las 10:01:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1004364045             |
| Código de Verificación | 1004364045260313100140 |

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





PROCURADURIA  
GENERAL DE LA NACION

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO

No. 292864581



PIB

10:02:32

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004364045:

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 Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN:**

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

División de Relacionamiento 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)



13/3/26, 10:05 a.m.

Policia Nacional de Colombia



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:05:00 AM horas del 13/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1004364045

Apellidos y Nombres: NEUTA MENDEZ NICOL ANDREA

**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  
- 26 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:  
0159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Fiestas del país: 015000 910 112  
Email: [dijin@policia.gov.co](mailto:dijin@policia.gov.co)  
[atc@policia.gov.co](mailto:atc@policia.gov.co)





## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/03/2026 10:05:53 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1004364045** y Nombre: **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ.**

### 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. **136409695**. 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

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





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

La Policía Nacional de Colombia informa:

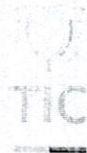
Que siendo las 10:07:20 horas del 13/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1004364045,  
Apellidos y Nombres NEUTA MENDEZ NICOL ANDREA

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO, con NIT 800031724-9 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018" con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/05/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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





MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Se ha consultado la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1094354045 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 emite en Bogotá el 13/03/2026 10:08 AM



Código Verificación: CW1XEY6NTD

Válida hasta: 11/06/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC





*Dr. Oscar Andres Torres Ladino*

Dirección: Carrera 32 N 46 - 14 Barrio el Triunfo

Cel: 310 783 8127

Correo: medicodelosllanos@gmail.com

VILLAVICENCIO



### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.368

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |      |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL           |                        |                                     |            |
| 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 01 | 2025 | VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO    |                        |                                     |            |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |      | Mes                            |                                             |                        | Año                                 |            |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| PARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |      |                                | ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA |                        |                                     |            |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |                                | Empresa en misión                           |                        |                                     |            |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| NEUTA MENDEZ NICOL ANDREA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |      |                                | Genero                                      | Edad                   | Documento de Identificación         |            |
| Apellido y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |                                | FEMENINO                                    | 22 AÑOS 0 MESES 0 DÍAS | CC                                  | 1004364045 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                |                                             |                        | Tipo                                | Numero     |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| ENFERMERA PROFESIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| APTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |      |                                | TIPO                                        |                        | RECOMENDACIONES                     |            |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |      |                                | NO APLICA                                   |                        | NO APLICA                           |            |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |      |                                | ENFASIS OSTEOMUSCULAR                       |                        |                                     |            |
| RECOMENDACIONES MEDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |      |                                | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES               |                        | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                | USO DE EPP                                  |                        | HABITOS SALUDABLES                  |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL           |                        | DIETA BALANCEADA                    |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la |    |      |                                |                                             |                        |                                     |            |



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.364.045  
NEUTA MENDEZ

APELLIDOS  
NICOL ANDREA

NOMBRES

Nicol Neuta

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-2003

SANTA MARTA  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-FEB-2021 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

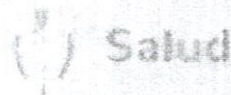
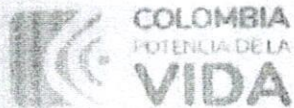


P-2100100-01213921 F-1004364045-20210210

0073381120A 1

8501456251





**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

**ENFERMERA**

**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**

**C.C. 1.004.364.045**

**Universidad Del Magdalena**

**Santa Marta**

**Fecha de Expedición Diploma: 18/12/2023**

**Fecha de Inscripción en Rethus: 29/01/2024**



59806

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

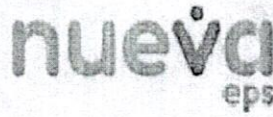
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la  
Organización Colegial de Enfermería.

[www.oceinfo.org.co](http://www.oceinfo.org.co)

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.





CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ identificado(a) con CC 1004364045 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/03/2024

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E.

Categoría: B

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 13 días del mes 3 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

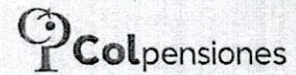
Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones





LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ** identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número **1004364045**, se encuentra afiliado/a desde **09/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya  
Dirección de Afiliaciones

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





AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.  
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA QUE

NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1.004.364.045, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

| Numero Afiliacion | Empresa                                     | Estado | Fecha de inicio de cobertura | Fecha de finalización |
|-------------------|---------------------------------------------|--------|------------------------------|-----------------------|
| 9023458           | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO<br>HOSPITAL MARIA | ACTIVO | 01/01/2026                   |                       |

Las fechas de ingreso y finalización reflejadas en este certificado corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

Para el campo fecha de finalización tenga en cuenta que:

1. Si el estado del trabajador es "RETIRADO", la fecha de finalización corresponde a la fecha de retiro registrada en el sistema.
2. Si el estado del trabajador es "ACTIVO" y existe una fecha de finalización registrada, esta fecha corresponde a la fecha que finalización del contrato o práctica.
3. Si el estado del trabajador es "ACTIVO" y la fecha de finalización está en blanco, se entiende que el contrato es de naturaleza indefinida, por lo que no existe una fecha de finalización establecida.





Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f. c. l.'.

FREDY CEBALLOS MONTANA  
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS  
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

La presente se expide a través de la página de internet [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co), el 13 días del mes de marzo de 2026

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



# Certificación Bancaria

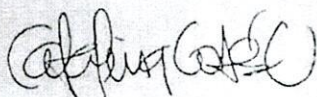
Viernes, 13 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ identificado(a) con CC 1004364045, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto       | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| Cuenta Ahorros | 91289127785  | 2025-08-09                   | ACTIVO | ***** |

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

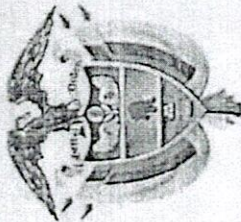


Catalina Cortés Uribe,  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, reportelo de inmediato a [correosospeligrosos@bancolombia.com.co](mailto:correosospeligrosos@bancolombia.com.co)





República de Colombia,  
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,



# LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ

C.C. N° 1.004.364.045

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y ha hecho constar que cumple con el Artículo 1 del Acuerdo Superior de 10 de 2007 haciéndose acreedor a diploma honorífico "CUM LAUDE".

En testimonio de ello le otorga el título de

ENFERMERA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 18 días del mes de Diciembre de 2023

Acta 775 - folio 55 del libro 2 registro N° 775

PABLO VERA SALAZAR, PhD  
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN  
Secretaria General







## UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad  
Resolución N° 010288 04 junio 2021 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

### ACTA DE GRADO N° 775

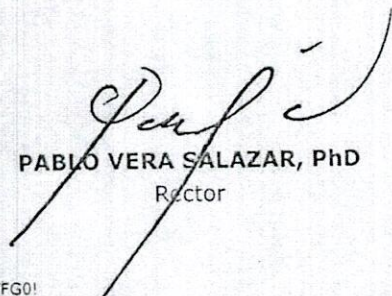
En Santa Marta D.T.C.H., el 18 del mes de diciembre de 2023, se realizó la graduación en ceremonia especial, otorgando a:

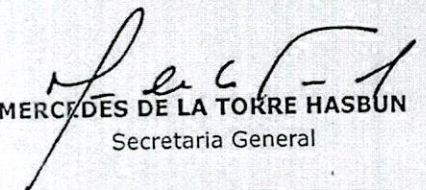
**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**  
C.C. N° 1.004.364.045

El título de **ENFERMERA**, por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**, y se hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA**.

En constancia se extiende y firma la presente acta:

  
**PABLO VERA SALAZAR, PhD**  
Rector

  
**MERCEDES DE LA TORRE HASBUN**  
Secretaria General

m6u1bT1FFG0!



Registro N° 775 en el folio 55 del libro 2 de Diplomas







HOSPITAL MARIA INMACULADA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
RIOBLANCO - TOLIMA  
NIT. 890.700.694-4

**EL SUSCRITO TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIA  
INMACULADA DE RIOBLANCO TOLIMA**

**CERTIFICA:**

Que **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **1.004.364.045** expedida en Santa Marta, prestó sus servicios en la **E.S.E HOSPITAL MARIA INMACULADA DE RIOBLANCO TOLIMA** mediante el siguiente contrato:

| CONTRATO                                                                     | OBJETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA DE INICIO   | FECHA FINAL           |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Contrato de prestación de servicios No. 057 de 2024                          | Prestación de servicios profesionales como enfermera, para el programa del Ministerio de Salud y la Protección Social de los Equipos Básicos de Salud en la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Rioblanco Tolima                                                                                                                                                                                       | Marzo 05 de 2024  | Junio 05 de 2024      |
| Contrato de prestación de servicios No. 122 de 2024                          | Prestación de servicios de un profesional en enfermería para para la gestión de los procesos administrativos y operativos de la E.S.E. hospital Maria Inmaculada de Rioblanco Tolima.                                                                                                                                                                                                                  | Junio 9 de 2024   | Julio 05 de 2.024     |
| Contrato de prestación de servicios No. 181 de 2024                          | Contratar la prestación de servicios de apoyo a la gestión como jefe de enfermería para desarrollo de las actividades de los equipos básicos en salud según lo ordenado por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se efectúa una asignación de recursos a las E.S.E para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud                               | Julio 06 de 2.024 | Diciembre 26 de 2.024 |
| Contrato de prestación de servicios No. 010, 036, 043, 064, 073, 152 de 2025 | Prestación de servicios de un profesional en enfermería para para la gestión de los procesos administrativos y operativos de la E.S.E. hospital María Inmaculada de Rioblanco Tolima.                                                                                                                                                                                                                  | Enero 03 de 2.025 | Julio 11 de 2.025     |
| Contrato de prestación de servicios No. 196 de 2025                          | Contratar la prestación de servicios de apoyo a la gestión como jefe de enfermería para desarrollo de las actividades de los equipos básicos en salud conforme la resolución 698 del 21 de abril de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se efectúa una asignación de recursos a las E.S.E para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la atención primaria en salud | Julio 9 de 2.025  | Diciembre 28 de 2.025 |

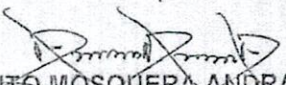




HOSPITAL MARIA INMACULADA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
RIOBLANCO - TOLIMA  
NIT. 890.700.694-4

La presente se expide a solicitud del interesado para fines legales

Rioblanco Tolima a los veinte (20) días del mes de enero de 2026

  
AGAPITO MOSQUERA ANDRADE  
Técnico Administrativo E.S.E.  
Hospital María Inmaculada



| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| CC                  | 1004364045          | NICOL         | ANDREA         | NEUTA           | MENDEZ           |

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) NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ identificado(a) con CC 1004364045 registra la siguiente información:

2024-03-13-10:33:48 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Organ. Otorgación<br>Título | Profesión u Ocupación | Fecha de otorgar<br>Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora                 |
|---------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| UNV           | Local                       | ENFERMERIA            | 2024-01-29                              | 1004364045          | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

Datos SSO

| Tipo Prestación      | Tipo Lugar<br>Prestación | Lugar Prestación      | Fecha<br>Inicio | Fecha Fin      | Modalidad<br>Prestación | Programa<br>Prestación | Entidad Reportadora                    |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------|
| Exonerado del<br>SSO | Local                    | COLOMBIA NO<br>APLICA | 1900-01-<br>01  | 1900-01-<br>01 | Sin Modalidad           | Enfermería             | ORGANIZACION COLEGIAL DE<br>ENFERMERIA |

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 acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.), Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

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

|                      |                           |                    |                   |               |
|----------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Ciudad de Expedición | SUCURSAL                  | TIPO DE MOVIMIENTO | PÓLIZA No.        | ANEXO No.     |
| BOGOTÁ, D.C.         | CHICO                     | EMISIÓN ORIGINAL   | 18-03-101003420   | 0             |
| TOMADOR              | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ |                    | CC                | 1.004.364.045 |
| DIRECCIÓN            | BRR BELLO HORIZONTE       |                    | TELÉFONO          | 3138796856    |
|                      |                           | CIUDAD             | RIOBLANCO, TOLIMA |               |
| ASEGURADO            | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ |                    | CC                | 1.004.364.045 |
| DIRECCIÓN            | BRR BELLO HORIZONTE       |                    | TELÉFONO          | 3138796856    |
|                      |                           | CIUDAD             | RIOBLANCO, TOLIMA |               |
| BENEFICIARIO         | TERCEROS AFECTADOS        |                    | NIT               | 0-0           |

|                     |                            |                            |                            |                            |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA SEGURO            |                            | VIGENCIA ANEXO             |                            |
| (D-M-A)             | DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) | DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) |
| 16 / 03 / 2026      | 13 / 03 / 2026             | 13 / 03 / 2027             | 13 / 03 / 2026             | 13 / 03 / 2027             |

|                                     |        |                 |         |                  |                 |
|-------------------------------------|--------|-----------------|---------|------------------|-----------------|
| INTERMEDIARIO                       | CLAVE  | % PARTICIPACIÓN | COMPañA | COASEGURO CEDIDO | % PARTICIPACIÓN |
| AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS FRONE | 143829 | 100.00          |         |                  |                 |

**INFORMACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

|                       |                                   |                   |         |                  |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|------------------|
| DESCRIPCIÓN           | AMPAROS                           | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLÍMITE        |
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | \$ 350,181,000.00 |         |                  |
|                       | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD   | \$ 350,181,000.00 |         | \$ 70,036,200.00 |

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

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

OBJETO DE LA PÓLIZA:

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****350,181,000.00 | PRIMA:         | \$ *****222,785.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****42,329.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****265,114.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIM SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTÁ, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)



REFERENCIA  
PAGO:  
1100361347291-5

(415) 7709998021167 (8020) 11003613472915 (3900) 000000265114 (96) 20260427

18-03-101003420

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

VALENTINAMOLANO

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





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

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

|                                                                 |                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                        |                                     |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ciudad de Expedición<br><b>BOGOTÁ, D.C.</b>                     | Sucursal<br><b>CHICO</b>                                                                                                | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> | POLIZA No.<br><b>18-03-101003420</b>                                                                                   | ANEXO No.<br><b>0</b>               |
| TOMADOR<br><b>NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ</b>                     | DIRECCION<br><b>BRR BELLO HORIZONTE</b>                                                                                 | Ciudad<br><b>RIOBLANCO, TOLIMA</b>            | CC<br><b>1.004.364.045</b>                                                                                             | TELEFONO<br><b>3138796856</b>       |
| ASEGURADO<br><b>NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ</b>                   | DIRECCION<br><b>BRR BELLO HORIZONTE</b>                                                                                 | Ciudad<br><b>RIOBLANCO, TOLIMA</b>            | CC<br><b>1.004.364.045</b>                                                                                             | TELEFONO<br><b>3138796856</b>       |
| BENEFICIARIO<br><b>TERCEROS AFECTADOS</b>                       |                                                                                                                         |                                               | NIT<br><b>0-0</b>                                                                                                      |                                     |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>16 / 03 / 2026</b>         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b> |                                               | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b> |                                     |
| INTERMEDIARIO<br>AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS FRONE<br>CLIENTE | CLAVE<br><b>143829</b>                                                                                                  | % PARTICIPACION<br><b>100.00</b>              | COMPANIA                                                                                                               | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION |

### INFORMACION DEL RIESGO

**Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:**

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
[www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

**Vea la opción POR y seleccione el tipo de información**

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

PAGINA WEB

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia**  
Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá**  
Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****350,181,000.00 | PRIMA:         | \$ *****222,785.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                        | IVA:           | \$ *****42,329.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****265,114.00 |

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIM SERA A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

CALLE 85 NO 10-85, TELÉFONO 6171035 - BOGOTÁ, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

| FORMA DE PAGO |            |       |
|---------------|------------|-------|
| BANCO         | CHEQUE No. | VALOR |
|               |            |       |
| EFFECTIVO     |            |       |
| CHEQUE        |            |       |
| TOTAL \$      |            |       |



REFERENCIA  
PAGO:  
**1100361347291-5**

(415) 7709998021167 (8020) 11003613472915 (3900) 000000265114 (96) 20260427

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 850.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| OCURRIDA     | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL | POLIZA No       | ANEXO No.     |
|--------------|----------------------------------------|-----------------|---------------|
| CHICO        |                                        | 18-03-101003420 | 0             |
| TOMADOR      | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ              | CC              | 1.004.364.045 |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE                    | TELEFONO        | 3138796856    |
| CIUDAD       | RIOBLANCO, TOLIMA                      |                 |               |
| ASEGURADO    | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ              | CC              | 1.004.364.045 |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE                    | TELEFONO        | 3138796856    |
| CIUDAD       | RIOBLANCO, TOLIMA                      |                 |               |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                     | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ C.C: 1.004.364.045  
ASEGURADO: NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ C.C: 1.004.364.045  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY  
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO  
VIGENCIA: 13/03/2026 AL 13/03/2027  
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA  
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL  
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001  
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

LIMITE ASEGURADO: \$350.181.000

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

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: 265.114

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARA GASTOS: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2. GASTOS DE DEFENSA

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

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

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

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

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

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

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

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

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

VALENTINAMOLANO

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





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 850.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| CUCURSA:     | TIPO DE MOVIMIENTO        | POLIZA No.      | ANEXO No.         |
|--------------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| CHICO        | EMISION ORIGINAL          | 18-03-101003420 | 0                 |
| TOMADOR      | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
| ASEGURADO    | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS        | TELEFONO        | 3138796856        |
|              |                           | NIT             | 0-0               |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

2.2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD  
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

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

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

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

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

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

\$35.018.100

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

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

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

AMPAO BASICO \$350.181.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: \$350.181.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: \$350.181.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$15.000.000

VIGENCIA \$70.036.200

DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLV

#### EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

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



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 850.009.578-6

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

| CUCURSA      | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL | POLIZA No.      | ANEXO No.         |
|--------------|----------------------------------------|-----------------|-------------------|
| CHICO        |                                        | 18-03-101003420 | 0                 |
| TOMADOR      | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ              | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE                    | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
|              |                                        | TELEFONO        | 3138796856        |
| ASEGURADO    | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ              | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE                    | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
|              |                                        | TELEFONO        | 3138796856        |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                     | NIT             | 0-0               |

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDADA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE FACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.

24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| CUCURSA      | TIPO DE MOVIMIENTO        | POLIZA No       | ANEXO No          |
|--------------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| CHICO        | EMISION ORIGINAL          | 18-03-101003420 | 0                 |
| TOMADOR      | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
| TELEFONO     |                           | 3138796856      |                   |
| ASEGURADO    | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ | CC              | 1.004.364.045     |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD          | RIOBLANCO, TOLIMA |
| TELEFONO     |                           | 3138796856      |                   |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS        | NIT             | 0-0               |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRÁCTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
37. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
38. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPTCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
39. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
40. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
41. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
42. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
43. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
44. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
45. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
46. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
47. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
48. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
49. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
50. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
51. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
52. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISSENTIMIENTO INFORMADO.
53. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
54. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
55. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
56. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
57. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
58. EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUERSTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
59. CUANDO NO SE LLEVE UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
60. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
61. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
62. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
63. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
64. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
65. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
66. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUJETO       |                           | TIPO DE MOVIMIENTO | FOLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------------|
| CHICO        |                           | EMISION ORIGINAL   | 18-03-101003420 | 0             |
| TOMADOR      | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ |                    | CC              | 1.004.364.045 |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD             | TELEFONO        | 3138796856    |
|              |                           | RIOBLANCO, TOLIMA  |                 |               |
| ASEGURADO    | NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ |                    | CC              | 1.004.364.045 |
| DIRECCION    | BRR BELLO HORIZONTE       | CIUDAD             | TELEFONO        | 3138796856    |
|              |                           | RIOBLANCO, TOLIMA  |                 |               |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS        |                    | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:

A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTO:

A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;

B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

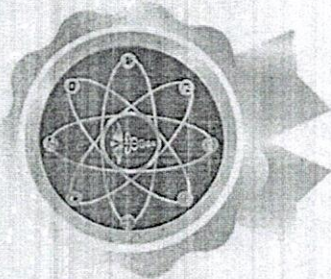
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:

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

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

- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO





## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

# Certifica que:

**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045**

Asistió al Curso de:

**MANEJO DE PRUEBAS RÁPIDAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POINT OF CARE TESTING)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 20 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2025.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

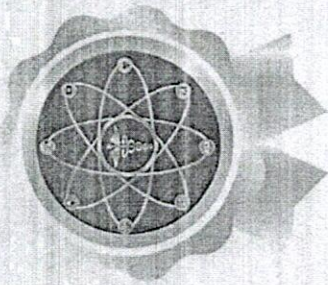
**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**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 376 DEL 2022. ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO. EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO [ACADEMICO@IMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAVSS.COM). ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500





## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

# Certifica que:

**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045**

Asistió al Curso de:

**SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

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

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 6 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024.  
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

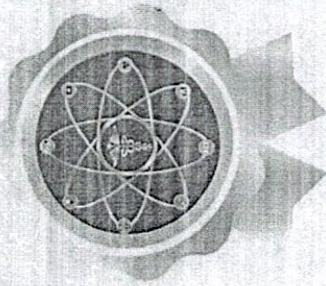
**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**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 2160 DE 1995 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 ACADEMICO@IMAVSS.COM. ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500





# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

## Certifiquen que:

**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045**

Asistió al Curso de:

**SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)**

**Con una intensidad horaria de 70 Horas.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 5 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024.  
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 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 [ACADEMICO@IMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAVSS.COM), ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500





# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

**Nicol Neuta**

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

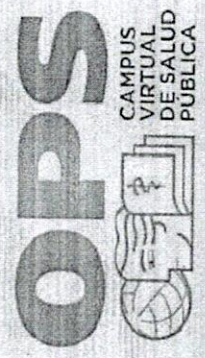
## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

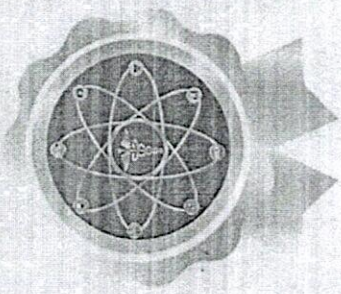
15 de junio de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=666e52b2-e730-4e10-a26d-6fefacf10841>





IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

NICOL ANDREA NEUTA MÉNDEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045

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.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 24 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.

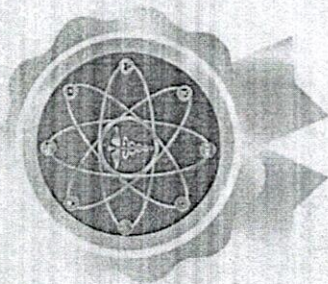
Carlos Andrés Losada Meñaca  
GERENTE GENERAL



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 1992 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 [ACADEMICO@MAVSS.COM.CO](mailto:ACADEMICO@MAVSS.COM.CO) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 402 8500.





IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

NICOL ANDREA NEUTA MÉNDEZ  
IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 27 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.

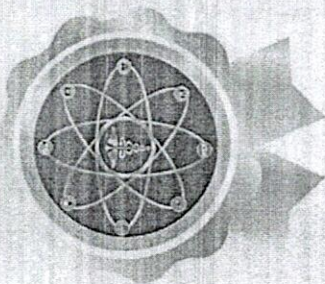
Carlos Andrés Losada Meñaca  
GERENTE GENERAL



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 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO. SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO [ACADEMICO@IMAYSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAYSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.





## IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**NICOL ANDREA NEUTA MÉNDEZ**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045**

Asistió al Curso de:

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

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

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 22 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.**

**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 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO [ACADEMICO@IMAVSS.COM](mailto:ACADEMICO@IMAVSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



## Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

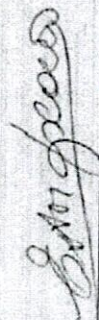
**Nicol Neuta**

ha participado y aprobado el Curso Virtual

## Nivelación y actualización en vacunación contra COVID-19 para Vacunadoras/es y Licenciadas/os en Enfermería Uruguay 2021

Ofrecido a través del nodo Uruguay del Campus Virtual de Salud Pública, con una duración de 20 horas

13 de marzo de 2026



Prof. Esther Lacava  
Directora del Departamento de  
Enfermería Comunitaria

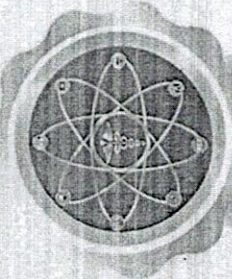


Prof. Mercedes Pérez  
Decana de la Facultad de Enfermería  
Universidad de la República



Dr. Giovanni Escalante  
Representante  
OPS/OMS en Uruguay





IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

*Certifican que:*

**NICOL ANDREA NEUTA MÉNDEZ**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.364.045**

Asistió al Curso de:

**TOMA DE CITOLOGÍAS CERVICOUTERINAS (TCU)**

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

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.

**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 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [IMAYSS.COM](mailto:IMAYSS.COM) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.



**DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DE NO ENCONTRARSE INCURSO  
EN INHABILIDADES O INCOMPATIBILIDADES**

Doctora

**SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN.**

**Gerente E.S.E. Hospital Santo Domingo**

Casabianca, Tolima

¡Cordial Saludo!

De manera respetuosa **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.004.364.045, obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ningún conflicto de interés, ni ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y en la Ley para efectos de contratar con el mismo Estado, ni con el HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. de Casabianca - Tolima, en específico.

Lo anterior, en garantía y aplicación de lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007, Ley 734 de 2002, y demás afines y concordantes.

La anterior declaración se expide conforme a la normatividad vigente.

En constancia de lo anterior, se firma este documento el CATORCE (14) DE ABRIL DEL DOS MIL VEINTISÉIS (2026).



**NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ**

C.C. No. 1.004.364.045



|                                                                                   |                                                                                 |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|  | <b>HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E</b><br>CASABIANCA – TOLIMA<br>NIT 800.031.724-9 | <b>CODIGO</b><br><b>N° 210-10-04</b><br><br>Página 36 de<br>104 |
|                                                                                   | <b>CONTRATO N° 080 DE 2026</b>                                                  |                                                                 |

### **CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**

La suscrita TECNICA ADMINISTRATIVA del HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. DE CASABIANCA - TOLIMA, con funciones de jefe de personal

#### **CERTIFICA**

Que revisados los documentos presentados por **NICOL ANDREA NEUTA MENDEZ** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.004.364.045, se determinó que reúne los requisitos de orden técnico, jurídico, académico y de idoneidad y experiencia para celebrar un acto contractual con el HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. DE CASABIANCA - TOLIMA, con el siguiente objeto:

**CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN (A) ENFERMERO (A) JEFE, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), DERIVADAS DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SUSCRITO EN LA VIGENCIA 2026 ENTRE MUNICIPIO DE CASABIANCA TOLIMA Y EL HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. DE CASABIANCA – TOLIMA.**

En constancia, se firma la presente en el HOSPITAL SANTO DOMINGO E.S.E. DE CASABIANCA – TOLIMA, al CATORCE (14) DE ABRIL DEL DOS MIL VEINTISÉIS (2026).



**DANIELA VALENCIA GARCIA**  
**"jefe de Personal"**