



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Alandete	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Castro	NOMBRES Laura Patricia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1045697885	SEXO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 05 AÑO 1991 PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 93 72 71 MIRADOR DEL PARQUE VILLA CAROLINA PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO BARRANQUILLA TELÉFONO 3467591 EMAIL lau910513@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	06	2023	5510
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2013	44833

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
UNIVERSIDAD DE LA SABANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		DIPLOMADO DE HABILIDADES DE GESTION Y MANEJO INTEGRAL DE LOS ASPECTOS MAS RELEVANTES DE LA DIABETES, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y GESTION DE MODELOS DE ATENCION EN COLOMBIA	10	2016
UNIVERSIDAD DEL BOSQUE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		DIPLOMADO ABORDAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO	05	2018
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	100	X		DIPLOMADO VIRTUAL EN GESTION ADMINISTRATIVA Y ECONOMICA DE LA NUTRICION	10	2018
UNIVERSIDAD DEL BOSQUE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		DIPLOMADO MANEJO DEL ASMA EN ATENCION PRIMARIA	05	2019
POLITECNICO MAYOR.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Diplomado en atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI CLINICO	11	2019
POLITECNICO MAYOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		Diplomado En estrategia IAMI	10	2020
Empresa Nacional De Educación Para El Talento Humano Ltda	EDUCACIÓN INFORMAL	46	X		HUMANIZACION EN SERVICIOS DE SALUD	11	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	12	2021
GESCONS.	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	56	X		Estrategia En Atencion Integrada A Las Enfermedades Prevalentes De La Infancia AIEPI – CLINICO	01	2022
GESCONS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Gestión integral del duelo	01	2022
GESCONS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Atención integral de víctimas de ataques con agentes químicos	02	2022
GESCONS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual	04	2022
GESCONS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO BLS-ACLS.	05	2022

4

IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD EMPATY SOLUCIONES CORPORATIVA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	18	Mes	07	Año	2024	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL 495- 2015 CORDINADORA			DEPENDENCIA ADM. SALUD OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CALLE null null null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD PREVENTION CONSULTING GROUP				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	23	Mes	09	Año	2023	Día	17	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD O			DEPENDENCIA ADM. SALUD OCUPACIONAL					DIRECCIÓN CALLE 64 43 72					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD NOVASALUD CARIBE IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3185540			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	10	Mes	03	Año	2016	Día	15	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CALLE 30 15B 2					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD IPS FUNDACION PARA LA SALUD SNA MIGUEL ARCANGEL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO MALAMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3178137096			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CALLE 8N 16 52					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2014	Día		Mes		Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 25 19 null Calle 25 Cra 19					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD IPS SANTA CATALINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3746929		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	10	Año	2014	Día	01	Mes	10	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CALLE 16 17 91, SOLEDAD, ATLANTICO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	10	Año	2014	Día	31	Mes	01	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE null null null ciudadela metropolitana						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA - DIBULLA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA		MUNICIPIO DIBULLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7200083		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	09	Mes	09	Año	2013	Día	10	Mes	09	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN DIBULLA						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

04/02/2025

Laura Alandete Castro

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.697.885**

APELLIDOS **ALANDETE CASTRO**

NOMBRES **LAURA PATRICIA**

FIRMA *Laura Alandete*

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1991**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

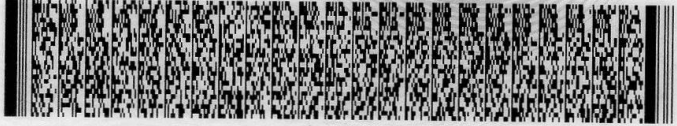
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-MAY-2009 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0300100-00162160-F-1045697885-20090709 0013296456A 1 29795105

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Laura Patricia Alandete Castro

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.045.697.885 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Atlantico Municipio Barranquill

Dirección Calle 93 # 72-71 Teléfonos 3216985187

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Miladys Castro Hernandez	22.501.307	Madre
Ramon Alfonso Alandete Bustillo	8.695.883	Padre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	7.050.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	1.954.000
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	928.880
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 9.932.880

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
Banco Davivienda	Ahorros	29700047045	Soledad	\$ 92.704
Banco Bogota	Ahorros	493324743	Soledad	\$ 117.879
Bancolombia	Ahorros	91253929915	Virtual	\$ 91.181

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Inmueble - Casa	Calle 41 # 17C - 185	\$ 100.000.000

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
Icetex	Credito estudiantil	\$ 10.290.000
Bancolombia	Credito Hipotecario	\$ 69.563.000
Promedico	Credito libre inversión	\$ 6.560.000
Banco Bogota	Compra de Cartera	\$ 12.175.000

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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** **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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barranquilla, 3/02/2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Certificado Individual de Seguro No. RCMCO0090759650

Póliza Matriz N° 16880

Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Información del tomador			
Seguro por cuenta tomado por: PROMEDICO		NIT:	890.310.418-4
Información del Asegurado			
Titular Asegurado:	ALANDETE CASTRO LAURA PATRICIA	C.C.:	1045697885
Especialidad:	MEDICO GENERAL		

Vigencia póliza de responsabilidad civil médica			
Fecha Inicio: 11 de marzo de 2025 Desde las 00:00 Horas		Fecha Fin: 10 de marzo de 2026 Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas	
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.			
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia			
Cobertura básica			
Responsabilidad civil médica			
En desarrollo del inciso 1ro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en el presente documento y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.			
Requisitos de Asegurabilidad			
Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura.			
El Asegurado ha declarado estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y tener su licencia vigente.			
El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.			
Beneficiarios:	Terceros afectados	Fecha de retroactividad:	11/03/2017
Límite Asegurado:	100.000.000	Deducible	Para límite de \$100.000.000 a \$600.000.000: 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.000.000 por todo y cada reclamo.
			Para límite de \$800.000.000 y \$1.000.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo.
			Para límites entre \$1.100.000.000 y \$1.500.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$2.000.000 por todo y cada reclamo.
			No aplica deducible para Gastos de Defensa.

Extensiones de cobertura básica (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
Herederos legales	100%
Cónyuges	100%
Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado	100%
Gastos penales	100%

Cobertura para las cirugías reconstructivas	100%
Cobertura para empleados no profesionales	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina	100%
Cobertura de daños extra-patrimoniales	100%

Condiciones adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica

- La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación “Claims-Made”, es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la ley 389 de 1997
 - Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Inicio de vigencia con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
 - Por medio del presente certificado se incluye la siguiente condición a la póliza:

Visitas a Domicilio :Queda entendido y acordado por las partes que se cubren las reclamaciones a consecuencia de la prestación de Servicios Profesionales realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

Se cubren los Actos Médicos Erróneos y el tratamiento practicado inclusive en las instalaciones de terceros, quedando excluidos los daños materiales causados durante el montaje y desmontaje del local donde se prestaren los Servicios Profesionales.

La presente cobertura será válida solamente en los casos en los que los Daños Corporales hayan sido causados por el Asegurado y/o sus dependientes laborales o las personas que estén cubiertas por la presente Póliza mediante prueba fehaciente de que se estaban prestando Servicios Profesionales al paciente.
 - Se elimina la exclusión 3.32

Por medio del presente endoso se levanta la exclusión 3.31 y se incluye la siguiente cobertura:

RECLAMACIONES RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES

Se entiende y acuerda que, habiendo pagado la prima correspondiente, la presente póliza se extiende a cubrir las reclamaciones contra el Asegurado derivadas del servicio profesional prestado por el mismo durante el traslado de los pacientes en los vehículos destinados a tal fin.

Esta cobertura es válida únicamente en los casos en que el Asegurado se encuentre en la posición de un profesional debidamente habilitado para la atención de emergencias durante el transporte de pacientes.

En ningún caso se cubrirán las situaciones que se describen a continuación:

 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS Y/O VEHÍCULOS Y/O BIENES DE TERCEROS DERIVADOS DE ACCIDENTES PROVOCADOS CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS AL PROPIO VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ACCIDENTES CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR;
 - RECLAMACIONES DERIVADAS DE VEHÍCULOS QUE NO CUMPLAN CON LA LEY APLICABLE, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LOS REQUISITOS DE PROFESIONALES, MATERIALES Y EQUIPOS QUE DEBE TENER UNA AMBULANCIA, SUJETO A SU RESPECTIVA CLASIFICACIÓN.

A los efectos de este seguro, se considera ambulancia todo vehículo (incluidas las aeronaves) que se destine exclusivamente al transporte de enfermos.

Lo Anterior Sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

Demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio.
- FECHA DE RETROACTIVIDAD PARA LA INCLUSION DE LA PRESENTE COBERTURA: XXXX(FECHA DE INCLUSION DE ACUERDO CON SOLICITUD DEL PROFESIONAL)
- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 del Condicionado General.
 - Todas las extensiones y coberturas operan dentro del límite del total agregado de la póliza.
 - Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones de cobertura deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
 - Términos, textos y condiciones según clausulado RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-0001

Exclusiones adicionales a las establecidas en las condiciones generales

Chubb. Insured.™

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD 31/08/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160114-0001; EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

- ACTOS MÉDICOS RESPECTO DE CIRUGIAS BARIATRICAS, SALVO AQUELLAS CIRUGÍAS QUE SEAN CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O QUE TENGAN PERTINENCIA MÉDICA POR SALUD
- QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS CONTEMPLADAS EN LA SECCIÓN 25 DEL CONDICIONADO GENERAL.
- EXCLUSIÓN OFAC:
ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.
- EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL
EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS NI GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS Y GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
UNA **CONDUCTA SEXUAL** ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.
CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

Prima	
Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva	158.437
Iva Prima Responsabilidad Civil Médica	30.103
Prima Anual Total	188.540

Información importante

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.

EL PRESENTE SEGURO ESTÁ SUJETO A EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA QUE SE DESCRIBEN Y SE DEFINEN DETALLADAMENTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO Y EN LAS DE CADA UNO DE SUS AMPAROS ADICIONALES.

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada



CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

31/05/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LAURA PATRICIA ALANDETE CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1045697885**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550029700047045
Fecha de apertura	13/06/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA