

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.140.885.740**

**PEDROZO BENTHAN**  
APELLIDOS

**WENDY PAOLA**  
NOMBRES

*Wendy Pedrozo Banttan*  
FIRMA



INDICE DERECHO

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

**MOMPOS**  
(BOLIVAR)  
LUGAR DE NACIMIENTO

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

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

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



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





En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data. YO, WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN, Identificado(a) con Cédula No.1140865740 y Profesión medico general

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

FIRMA:

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía	
2	Lista de Chequeo firmada	
3	Capture de pantalla – Usuario Scop II (Pantallazo)	
4	Propuesta de Servicios	
5	Lireta Militar (Hombres menores de 50 años)	
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTORES)	
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)	
8	Hoja de Vida – Función pública (Sigep)	
9	Copia de Sopores académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	
10	Certificado de antecedentes <b>ÉTICO PROFESIONAL</b> - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (fecha vigente -MES actual).	
11	Convalidación de Título (Médicos y Médicos Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)	
12	Resolución departamental para ejercer profesión (ASISTENCIALES)	
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)	
14	RETHUS (Personal Asistencial en general)	
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos Generales), desde \$400.000.000 millones de pesos (Especialistas) y desde \$100.000.000 millones de pesos. (Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición)	
16	Curso Guíade Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	
17	Certificado de curso <b>SOPORTE VITAL BASICO</b> - Auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	
18	Certificado de curso <b>SOPORTE VITAL AVANZADO</b> Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	
19	Certificado de Curso en <b>UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS</b> (Personal Asistencial del área de UC), excepto Especialistas)	
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el <b>MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS</b> - Médicos Generales y Especialistas.	
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la <b>GESTION DEL DUELO</b> (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)	
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la <b>TOMA DE MUESTRAS</b> (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)	
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el <b>CUIDADO DEL DONANTE</b> (Médicos Generales y Especialistas).	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas <b>VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS</b> (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).	
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)	
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)	
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)	
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)	
29	Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (todo el personal asistencial Y TENER EN CUENTA LA TABLA DE VACUNAS OBLIGATORIAS – PERSONAL ASISTENCIAL ANEXO PAGINA:2)	
30	Certificado de inserción de dispositivos SINOIMOLANT (MEDICOS GENERALES, ENFERMERAS JEFES Y GINECOLOGOS)	
31	Formato <b>DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES</b> – Diligenciar en la Página web ( <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/rdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013">https://www.funcionpublica.gov.co/rdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013</a> ) con fecha actualizada.	
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	
33	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	
34	Certificado ARL. (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)	
35	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	
36	Certificación Bancaria (Del año Vigente)	

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

**Despojar**

**OPORTUNIDADES RECIENTES**  
No se han encontrado

**ÚLTIMAS OFERTAS**  
No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0	0	0
Sugerencias	En edición	Adujudaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

### Sugerencias SECOP



**Mantenimiento en SECOP II**

**Desde**  
Viernes 17 de abril a las 00:01 a. m.

**Hasta**  
Viernes 17 de abril a las 07:30 a. m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.

**Ya está asociado a una empresa**  
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'.

**Mensaje** Todo

Sin mensajes...  
[Más información](#)

**Oportun** Recien s

Sin oportunidades  
[Más información](#)

to original  
lora esta traducción  
opinión servirá para ayudar a mejorar el Traductor de Google

👍 🔄 🗑️

--	--	--	--

## **PROPUESTA ECONOMICA**

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

ASUNTO: PROPUESTA ECONOMICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE EQUIPOS BASICOS (EBS) DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como objetivo dar a entender las funciones desempeñadas que pongo a su amable consideración como médico general en el servicio de transporte asistencial básico y medicalizado de la E.S.E hospital departamental San Rafael de Fundación - Magdalena.

### **OBJETIVO DE LA OFERTA**

Prestación de servicios como médico general en el servicio de transporte asistencial básico y medicalizado de la E.S.E hospital departamental San Rafael de Fundación - Magdalena.

### **ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS**

1. Brindar una atención humanizada a nuestros pacientes.
2. Ser un ente transdisciplinario en constante formación.
3. Aplicar juicio clínico para integrar en la práctica diaria aspectos tecnológicos y procedimientos que signifiquen un avance en la calidad de atención para nuestros pacientes.
4. Aplicar los principios éticos para anteponer la salud y el bienestar de nuestros pacientes.
5. Realizar el correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica sistematizada en las diferentes áreas asistenciales de la E.S.E, de acuerdo a lo establecido en la resolución 1995 de 1999.
6. Poner en conocimiento a los entes superiores del Hospital San Rafael cualquier situación irregular que se presente o requiera de su participación.

7. Aplicar los protocolos de bioseguridad para el manejo de pacientes.
8. Velar por la ejecución oportuna de los recursos necesarios y por la racional utilización de los disponibles.
9. Disponer adecuadamente de los residuos hospitalarios generados en el área de trabajo.
10. Realizar entrega y recibo de turno a la hora estipulada
11. Diligenciar las fórmulas de medicamentos de acuerdo al decreto número 2200 de 2005 y las solicitudes de exámenes, paraclínicos, pedidos con sello y firma.
12. Dar estricto cumplimiento a los términos pactados en el contrato y por ningún motivo abandonar el servicio contratado.
13. De conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 debo acreditar durante la vigencia del contrato, el cumplimiento de mis obligaciones con los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales.
14. Participar en las actividades convocadas para capacitación en el horario de trabajo establecido
15. Participar del 100% de los espacios de fortalecimiento técnico o capacitaciones que se realicen en la ESE Hospital Departamental San Rafael de Fundación durante la vigencia del contrato.
16. Realizar mínimo 1 curso de actualización de paciente crítico durante la vigencia del contrato.

**PLAZO**

LO ESTABLECIDO EN LOS ESTUDIOS PREVIOS

**VALOR**

LO ESTABLECIDO EN LOS ESTUDIOS PREVIOS



WENDY PAOLAPEDROZO BENTHAN

CC 1.140.885.740

TEL: 3118225336

2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141101880133



(415)7707212489984(8020) 000014110188013 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0 | 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

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

PEDROZO

32. Segundo apellido

BENTHAN

33. Primer nombre

WENDY

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

1 6 9 Magdalena

40. Ciudad/Municipio

4 7 Fundación

2 8 8

41. Dirección principal

CR 5 A 16 46 AP 2 BRR SAN BERNARDO

42. Correo electrónico

pedrozobenthanwen16@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 8 2 2 5 3 3 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 0 1 2 2

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1 2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26  
5 4 9

05- Imppto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

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

## Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3  
57. Modo  
58. CPC**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI  NO 

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1925 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

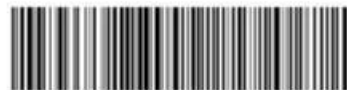
985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

141101880133



(415)7707212489984(8020) 0000141101880133

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 0 8 8 5 7 4 0 9

6. DV

9

12. Dirección seccional  
Ingresos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados.

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficia

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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



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

ENTIDAD RECEPTORA

1

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO PEDROZO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BENTHAN		NOMBRES WENDY PAOLA			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 1140885740		GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
FECHA DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1996"/>		CARRERA 5A 16 37 CASA SAN BERNARDO					
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO MAGDALENA			
DEPTO BOLÍVAR		MUNICIPIO FUNDACIÓN					
MUNICIPIO SANTA CRUZ DE MOMPOX		TELÉFONO 11111		EMAIL pedrozobenthanwen16@gmail.com			

2

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES	11	AÑO	2012	

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2020	1140885740

3

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

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

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

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

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

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

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

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

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

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

7

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

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

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

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

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

9

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

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

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

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



**Institución Educativa  
De Las Boquillas**

Las Boquillas, Mompos - Bolívar

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

Confiere a

**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

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

El Título de  
**Bachiller Académico**

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

  
Lic. **EVER ROCHA VELAZQUEZ**  
Rector



Anotado en el Acta No 13 Libro No. 02

Folio 38 Registro No. 041

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

# República de Colombia



y en su nombre

## Institución Educativa De Las Boquillas

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

### Acta de Grado No.13

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

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

## Bachiller Académico

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

**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

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

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

En constancia firma

  
LIC. EVER ROCHA VELAIDES  
Rector



REPÚBLICA DE COLOMBIA,  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con personería jurídica del artículo 25 del Código de Comercio de 1941 y con reconocimiento institucional como Universidad  
mediante la Resolución Nº 00087 del 24 de julio de 1997, expedida por el Ministerio de Educación Nacional



TENIENDO EN CUENTA QUE

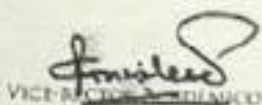
**WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**

CC. No. 1 140 885 740

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

## MÉDICO

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

  
VICE-RECTORA ATLÁNTICO

  
RECTOR

  
DIRECTOR DE PROGRAMA



# UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Decreto Presidencial 8552 del 25 de febrero de 1974, expedido por el Ministerio de Educación y con decreto 11000 expedido como Universidad  
mediante la Resolución No. 38685 del 25 de julio de 1987, expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

## ACTA DE GRADO

*Programa de MEDICINA*

*Código: Código: M-100-9466-21*

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

*Wendy Paola Pedrozo Benthán*

*Cédula De Ciudadanía 1.140.885.740 de Barranquilla*

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

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

*Médico*

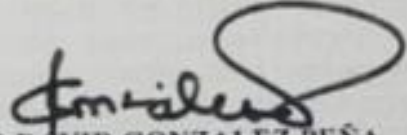
Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSE ACOSTA OSSIO  
Rector

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

(Fdo) ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA  
Vice-Rector Académico

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

  
ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA  
Vice-Rector Académico



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

**C114088574000317976**  
Codigo de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA  
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN**, identificado(a) con C.C. No. 1140885740 y T.P. o R.M. No. 1140885740 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/)

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el domingo 26 abril 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

  
**HERMAN REDONDO GOMEZ**  
Presidente



*Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.*

*E-Mail [antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org), [www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org)*

*[antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)*



La salud  
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO  
COLOMBIANO  
CMC

## IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN

C.C. 1140885740



MÉDICO

Universidad Metropolitana

Barranquilla

Grado: 22/01/2021

Rethus: 29/01/2021



Resultado General - 2026-04-26 - 7:13:16 p.m.

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1140885740	Wendy	PAOLA	PEDROZO	BENTÁN	Vigente	<a href="#">Ver más</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN identificado(a) con CC 1140885740 registra la siguiente información:

26/04/2026 -- 19:13:16

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportera
Voluntarios de las Naciones Unidas	Local	MEDICINA	29/01/2021	80749	COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

Datos SSO

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

Información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se existían 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

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

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

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR: COMEDAL

ASEGURADO: TALENTO HUMANO EN SALUD

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

BASE DE COBERTURA

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

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

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

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

LIMITE ASEGURADO: \$ 300.000.000

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

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

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

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

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

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

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

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

1.2. GASTOS DE DEFENSA

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

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

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

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

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

2. EXTENSIONES DE COBERTURA

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

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

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

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

2.2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

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

2.3. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

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

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

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

AMPARO BASICO \$ 300.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

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

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR: EVENTO 15.000.000 VIGENCIA 60.000.000

DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMLLV

EXCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

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

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

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

SEBASTIANVILLA

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

3



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

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

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

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGUROESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPORALES, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEROS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34. RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVIENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
  - I- GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO. INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O COMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
  - II- CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
  37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
  38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
  39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
  40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
  41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
  42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBOLES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
  43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
  44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
  45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
  46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

SEBASTIANVILLA

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

4



**SEGUROS DEL ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

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

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE

DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

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

57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

a) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.

b) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

c) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

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

61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

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

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

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE: A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

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

3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA; B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

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

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

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

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL : COLOMBIA

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIANA

CONDICIONES ADICIONALES

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

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

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

**CORPORACIÓN GENERACIONES  
DEL FUTURO DE COLOMBIA**

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthau**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

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

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL  
NIT. 901643467-3

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



**CORPORACIÓN GENERACIONES  
DEL FUTURO DE COLOMBIA**

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Soporte Vital Avanzado**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 70 HORAS

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

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1073 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 1981 DE 2008 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 2616 DE 2003 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Paola Hedrozo Benthán**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Manejo del Dolor**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Cuidados Paliativos**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Gestión del Duelo en Salud**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthán**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

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

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3



*Certifica que*

**Wendy Haola Pedrozo Benthau**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

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

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL  
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthian**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Humanización de Servicios de Salud**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL  
NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL





# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Wendy Pedrozo Benthán***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**Diagnóstico y manejo clínico del dengue**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

27 de abril de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



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

\*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=654acd0c-64fc-4546-a7c4-1e02ac111c2e>

# Dr Francisco Vicent Pacheco

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

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

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

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

## DATOS DEL PACIENTE

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

## PARACLINICOS PRACTICADOS

PESO 76 KG; TALA 1,70 MT

## CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

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

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

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

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

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

## RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

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

VISUAL	AUDITIVO	
RESPIRATORIO	CARDIOVASCULAR	
PSICOSOCIAL	ERGONOMICO	
OTRO	NUTRICIONAL	
REMISION		
SI	NO	X
ARL	EPS	

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

Dr. Francisco Vicent Pacheco

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo

RM 12552709

Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Trabajador

Cedula: 1140885740

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

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

Consecutivo	0248
Identidad	1.140.886.740
Apellidos	Pedro Bentan
Nombre	Wendy

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



INFLUENZA AGRIPPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

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

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

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

FIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a			

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

HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	11 FEB. 2016	UFX M0004	GLOBAL FARMA
	2a			
	3a			

TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
	1a	11 FEB. 2016	T40A3	GLOBAL FARMA

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

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA

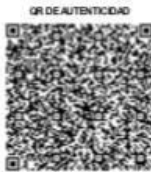
# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: f1d3a75e-7a79-4a03-ac77-5b5793653d1

Nombres y apellidos / Full name <b>WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN</b>		Tipo de identificación / ID Type <b>CÉDULA DE CIUDADANÍA</b>	
Número de identificación / ID Number <b>1 1 4 0 8 8 5 7 4 0</b>		Fecha de nacimiento / Date of birth <b>16/05/1996</b>	
Número de contacto (móvil) / Phone number <b>3004363695</b>		Correo electrónico / e-mail <b>nocorreo@yahoo.com</b>	
País nacimiento / Country of birth <b>COLOMBIA</b>			

#### Datos de Vacunación / Vaccination detail

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

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

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

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

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

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

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

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


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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-03-21	Coronovac COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated 1 dose, 0.5ml/vial Administration: intramuscular Each dose 0.5 ml containing SARS-CoV-2 antigen of 600 µg Store between +2°C and +8°C and protect from light. Do not freeze. www.vacunas.gov.co/130	E202102012	Hospital Local Santa Maná	Diana Cervantes	1051676 407
	2	22-4-21	Sinovac	5202103008	Hospital. San Rafael.	Ibardo Silva	26762973.
		25-11-21	PFIZER.	H1966	HOSPITAL San Rafael	Luey Lara	57270399.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	27/07/19	0128M411	Duf
Fiebre amarilla	Única	24/02/15	125289	Atnd
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	24/02/15	024L3002B	Atnd
	2	28/04/15	024L3002B	Atnd
	3	27/07/19	22150117C	Duf
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-02-16	UFX140D04	Global
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	21-05-20	6522005	Angelica M
Infl.	4.	16-02-20	6-6-22	
Otras				

  
 CLINICA FOSCAL  
 ESPERANZA DE VIDA  
 Angelica M  
 Promoción y prevención sede Principal  
 Trichite

# CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467 3



*Certifica que*

**Wendy Paola Pedrozo Benthian**

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

ASISTIÓ AL CURSO DE:

**Inserción de Implante Subdérmico**

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

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

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

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

DAVID LOPEZ  
REPRESENTANTE LEGAL



GENFUTCOL

NIT. 901643467-3

GENFUTCOL

MARTHA SILVA  
GERENTE GENERAL



Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-03-04 15:10
Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WENDY	PAOLA	PEDROZO	BENTHAN
Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1140885740
Lugar de nacimiento			
País	COLOMBIA	Departamento	BOLÍVAR
		Municipio	SANTA CRUZ DE MOMPOX
Lugar de domicilio			
País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA
		Municipio	FUNDACIÓN
Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	
Lugar de sede			
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER
		Municipio	BARRANCABERMEJA
Dirección	["Calle 48 N° 8 – 67 del Barrio Cardales de la Comuna 1\r\nCalle 47 N° 22-49 del Barrio Inscredial"]		
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA		

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

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

Realicé donaciones:      Sí       No

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

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

## CERTIFICA QUE

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

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención:

Categoría: **A**

Fecha afiliación:

Régimen: **Contributivo**

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

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: [www.mutualser.org](http://www.mutualser.org)
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

[infocontributivo@mutualser.com](mailto:infocontributivo@mutualser.com)

MUTUAL SER EPS

*Atención sin tanta vuelta*

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93  
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: [mutualser@mutualser.org](mailto:mutualser@mutualser.org)  
Cartagena de Indias

 VIGILADO SUPERINTENDENCIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

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

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de abril de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

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



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

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1140885740 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 26/04/2026 07:33 PM



Código Verificación: **RKCFMD1GU3**

Válida hasta: **26/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# Certificación Bancaria

Domingo, 26 de abril de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que WENDY PAOLA PEDROZO BENTHAN identificado(a) con CC 1140885740, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	74818732418	2021-02-18	Activo	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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



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, repórtelo de inmediato a [correosospechoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospechoso@bancolombia.com.co)