



f938006d-6f63-480b-bebd-fc234d28fc82



**Hace constar que**

**LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ**

Con documento de identidad No.

Curso, aprobo y completo satisfactoriamente el curso de **Manejo del duelo, la perdida y el trauma;**  
con una duración de **40 horas.**

El presente se otorga a solicitud del interesado y es  
valido por **2 (dos) años** a partir de la fecha de expedición.

Se firma de manera digital el día **1 de abril de 2026**

Camillo Felipe Blanco Marin  
**Gerente General**

Nanly Tatiana Veloza Vanegas  
**Directora de educación continuada**

***Certifica***  
***Lina María Martínez Fernández***  
***CC 1020836309 de Bogotá***

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Pre y Post en la Prueba VIH, con  
Enfoque Diferencial  
con un total de 80 Horas.

Verificación



Fecha de emisión: 2026-03-10  
Fecha de vencimiento: 2028-03-09

**GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ**  
REPRESENTANTE LEGAL

**MARGARITA GUERRERO**  
RECTOR

**CAMILO GARCIA**  
DIRECTOR ACADÉMICO





6671e78d-5750-4f2d-875f-134bac1f536b

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha participado y aprobado el curso virtual:

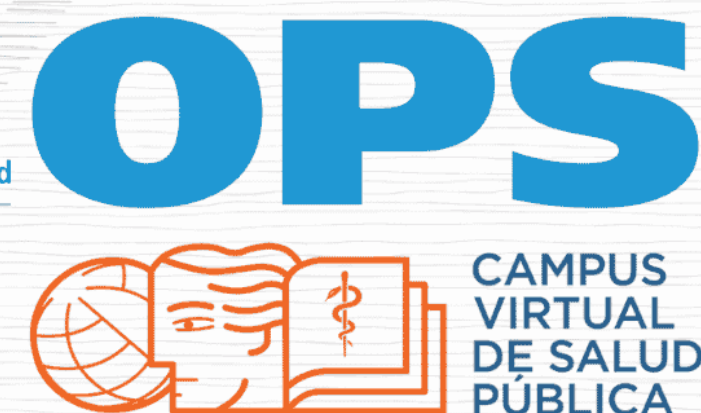
**Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

27 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





6671fe91-ef1c-4d13-ba16-1891ac1f536b

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha participado y aprobado el curso virtual:  
**Respuesta rápida a brotes de sarampión  
y rubéola en las Américas**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,33 %

27 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



**OPS**



***Certifica***  
***Lina María Martínez Fernández***  
***CC 1020836309 de Bogotá***

Realizó y aprobó el Curso Competencias Integrales Para el Cuidado del Donante  
con un total de 80 Horas.

Verificación



Fecha de emisión: 2026-03-10  
Fecha de vencimiento: 2028-03-09

GENTIL VASQUEZ HERNANDEZ  
REPRESENTANTE LEGAL

MARGARITA GUERRERO  
RECTOR

CAMILO GARCIA  
DIRECTOR ACADÉMICO





2139ef21-ca89-4f02-8a54-6b94553e6c6a

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

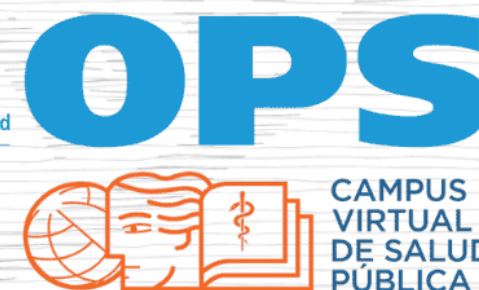
**Apoyo a los Equipos de Atención Primaria de la Salud para el  
Uso Efectivo de Medicamentos Antihipertensivos**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 16 - Porcentaje de aprobación: 91,67 %

12 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





cfe6f661-4892-4feb-a2e5-e0d955f62809

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre  
**Medición automática precisa de la presión arterial**

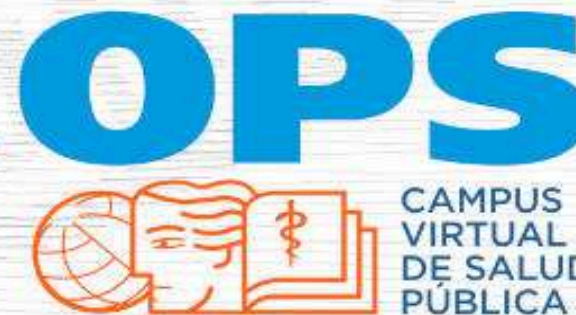
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,74 %

9 de marzo de 2026

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





e0696149-f5c0-4ae0-a441-52992dfef60d

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha participado y aprobado el curso virtual:

**Mejor atención para las ENT:**

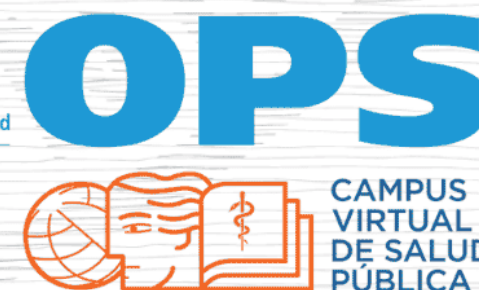
**Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

13 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud



0d5eb118-27d9-47e0-ba3e-a88d2b1c6686

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

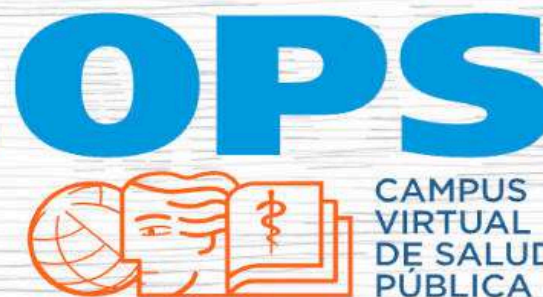
ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre  
**Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial**  
**Promoviendo la automedicación**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,74 %

9 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



HACE CONSTAR QUE

**Lina María Martínez Fernandez**

**N° de identificación: 1020836309**

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

**FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA**

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 77a761a8-3ae2-4869-9f73-69aec7733beb

**miércoles 11 de marzo de 2026**



**VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO**

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

---

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL <b>BOGOTA</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No. <b>11-03-101025400</b>	ANEXO No. <b>1</b>
TOMADOR <b>LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ</b>		CC <b>1.020.836.309</b>		
DIRECCION <b>CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ</b>		CIUDAD <b>MIRAFLORES, GUAVIARE</b>	TELEFONO <b>3134602916</b>	
ASEGURADO <b>LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ</b>		CC <b>1.020.836.309</b>		
DIRECCION <b>CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ</b>		CIUDAD <b>MIRAFLORES, GUAVIARE</b>	TELEFONO <b>3134602916</b>	
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>		NIT <b>0-0</b>		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>16 / 03 / 2026</b>	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b>	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b>
INTERMEDIARIO <b>SEGUROSGENERALES.COM.CO LTDA</b>	CLAVE <b>205115</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 80,000,000.00		
ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD		\$ 80,000,000.00		
GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD				\$ 16,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 8,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****80,000,000.00	PRIMA:	\$ *****108,330.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****20,582.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****128,912.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

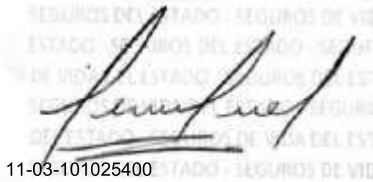
HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

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



REFERENCIA PAGO:  
**1100063184600-6**

(415) 770998021167 (8020) 11000631846006 (3900) 000000128912 (96) 20260427



11-03-101025400

FIRMA AUTORIZADA:

CLIENTE

TOMADOR

MARTHACORREDOR

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

1

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

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.	SUCURSAL BOGOTA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 11-03-101025400	ANEXO No. 1
TOMADOR <b>LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ</b>			CC <b>1.020.836.309</b>	
DIRECCION <b>CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ</b>		CIUDAD <b>MIRAFLORES, GUAVIARE</b>	TELEFONO <b>3134602916</b>	
ASEGURADO <b>LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ</b>			CC <b>1.020.836.309</b>	
DIRECCION <b>CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ</b>		CIUDAD <b>MIRAFLORES, GUAVIARE</b>	TELEFONO <b>3134602916</b>	
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>16 / 03 / 2026</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2026</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>13 / 03 / 2027</b>	
INTERMEDIARIO SEGUROSGENERALES.COM.CO LTDA CLIENTE	CLAVE 205115	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

**INFORMACION DEL RIESGO**

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

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

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de consulta.

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**







CORRESPONSALES BANCARIOS











PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189



Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****80,000,000.00	PRIMA:	\$ *****108,330.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****20,582.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****128,912.00

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

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

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

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

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
1100063184600-6

(415) 7709998021167 (8020) 11000631846006 (3900) 000000128912 (96) 20260427

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**



**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.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101025400	1
TOMADOR	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
ASEGURADO	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR : LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ C.C.1.020.836.309  
 ASEGURADO : LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ C.C.1.020.836.309  
 BENEFICIARIO : TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY  
 UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO

VIGENCIA: 13/03/2026 AL 13/03/2027

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA

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

CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- 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-0

PROFESION DE LA SALUD : MEDICINA GENERAL

LIMITE ASEGURADO \$80.000.000

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.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$128.912

EN CASO DE REQUERIR FINANCIACION INMEDIATA, SOLICITE A SU ASESOR LAS MEJORES ALTERNATIVAS QUE LE OFRECE CREDIESTADO - WWW.CREDIESTADO.COM.CO <<http://www.crediestado.com.co/>>(APLICAN TERMINOS Y CONDICIONES)

#### COBERTURAS:

##### 1.AMPARO BASICO

##### 1.1RESPONSABILIDAD 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.

PARAGAF0: 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.

##### 1.2GASTOS 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:

1.2.1LOS 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.

1.2.2SEGURESTADO 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.



**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.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101025400	1
TOMADOR	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
ASEGURADO	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

#### 2.EXTENSIONES DE COBERTURA

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

2.1RESPONSABILIDAD 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.

#### 2.2RESPONSABILIDAD 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.

#### 2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

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

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

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

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

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

\$8.000.000

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 \$80.000.000

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

\$80.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD \$80.000.000

#### GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$8.000.000

VIGENCIA \$16.000.000

#### DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA : 10%

DEMÁS AMPAROS :10% MINIMO 1 SMLLV

#### EXCLUSIONES

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

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

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



**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.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION		11-03-101025400	1
TOMADOR	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ		CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD MIRAFLORES, GUAVIARE	TELEFONO	3134602916
ASEGURADO	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ		CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD MIRAFLORES, GUAVIARE	TELEFONO	3134602916
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.
9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.
10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.  
PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:  
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.  
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.  
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INGESTO.  
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.
11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.
13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.
14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.
15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, 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.



**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.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101025400	1
TOMADOR	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
ASEGURADO	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ	CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD	MIRAFLORES, GUAVIARE
		TELEFONO	3134602916
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28. FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33. MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
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 PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:  
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.  
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.
37. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.



**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.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION		11-03-101025400	1
TOMADOR	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ		CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD MIRAFLORES, GUAVIARE	TELEFONO	3134602916
ASEGURADO	LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ		CC	1.020.836.309
DIRECCION	CALLE 9 # 6 - 44 LA PAZ	CIUDAD MIRAFLORES, GUAVIARE	TELEFONO	3134602916
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 ACUDIENDES. 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: COLOMBIA  
 CONDICIONES ADICIONALES:

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

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

- CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: e3bf9989-66e2-468b-9e23-f3a5f3a5a485

Nombres y apellidos / Full name

LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 2 0 8 3 6 3 0 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/09/1998

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3134602916

Correo electrónico / e-mail

LINAMAFE@MISABANA.EDU.CO

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Día	Mes	Año				
		Day	Month	Year				
VPH	Primera	10	05	2013		H012968	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	
VPH	Segunda	14	11	2013		J007041	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	
TD Adulto	Segunda	24	06	2017		D2296	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	AURORA JAIMES ESPAÑA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	15	07	2017		UFX16003	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	PAOLA SILGUERO
Triple Viral Particular	Refuerzo	15	07	2017		A69FE420A	UPALLANO	ADRIANA CARDENAS SANCLEMENTE
Influenza Adultos Particular	Anual	15	07	2017		165721	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	PAOLA SILGUERO
DPta Acelular Adulto Particular	Única	15	07	2017		C4986AF	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL META	PAOLA SILGUERO
VPH	Tercera	27	04	2019		NO19767	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	INGRID JOHANNA JAIME MANCIPE
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	10	2019		T3A851V	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	INGRID JOHANNA JAIME MANCIPE
COVID PFIZER	Primera	19	02	2021	PFIZER	EN1194	Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	MARIA LILIANA HERRERA BELTRAN
COVID PFIZER	Segunda	12	03	2021	PFIZER	EN1195	Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	FLOR ALIRIA ROJAS REY
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	01	01	2022	Moderna Biotech	005H21A	CENTRO DE ATENCION RESTREPO	JENNIFER ALEXANDRA VERA CISNEROS
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	31	10	2022	Green Cross	V50222005	Hospital Maria Cristina Cobo Mahecha	LUIS ERNESTO MEDINA DIAZ
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	12	04	2024	Catalent Indiana	019M22-2A	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	FRANCISCO VALENCIA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB 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 PAIWEB, 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.

### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: e3df9989-66e2-468b-9e23-f3e503a5a485

Nombres y apellidos / Full name

LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 2 0 8 3 6 3 0 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/09/1998

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3134602916

Correo electrónico / e-mail

LINAMAFE@MISABANA.EDU.CO

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	25	04	2024	Green Cross	V50524002	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	NAYELI ROMELIA NARIÑO GAITAN
Fiebre Amarilla	Única	29	01	2025	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0031	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	NAYELI ROMELIA NARIÑO GAITAN - CC1120561723 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	20	06	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	FRANCISCO ORLANDO VALENCIA ARANGO - CC18203015 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	02	03	2026	Serum	0094W003	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	FRANCISCO ORLANDO VALENCIA ARANGO - CC18203015 - ACTIVO
COVID PFIZER LP.8.1	Adicional	02	03	2026	PFIZER	MT6633	MIRAFLORES HOSPITAL I NIVEL ALBERT SCHWETZER	FRANCISCO ORLANDO VALENCIA ARANGO - CC18203015 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB 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 PAIWEB, 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020836309		MARTINEZ FERNANDEZ LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO OCTAVIO VARGAS	CALAMAR-GUAVIARE	6550076	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	327992994	9505085821	I	2026/06/03	2026/05/22	BANCOLOMBIA	0	\$1,305,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,220,000	\$675,200			\$4,220,000	\$527,500			\$0	\$0			\$4,220,000	\$102,800		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,220,000	\$675,200			\$4,220,000	\$527,500			\$0	\$0			\$4,220,000	\$102,800		\$0	\$0
<b>Ciudad: CALAMAR Depto: GUAVIARE ( 1 Afiliados)</b>					\$4,220,000	\$675,200			\$4,220,000	\$527,500			\$0	\$0			\$4,220,000	\$102,800		\$0	\$0
1	CC 1020836309	MARTINEZ LINA	25-14	30	\$4,220,000	\$675,200	EPS037	30	\$4,220,000	\$527,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$4,220,000	\$102,800	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$4,220,000	\$675,200			\$4,220,000	\$527,500			\$0	\$0			\$4,220,000	\$102,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020836309		MARTINEZ FERNANDEZ LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO OCTAVIO VARGAS	CALAMAR-GUAVIARE	6550076	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	327992994	9505085821	I	2026/06/03	2026/05/22	BANCOLOMBIA	0	\$1,305,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$675,200	\$0	\$0	\$675,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$675,200	\$0	\$0	\$675,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$102,800	\$0	\$0	\$102,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$102,800	\$0	\$0	\$102,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$527,500	\$0	\$0	\$527,500	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$527,500	\$0	\$0	\$527,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,305,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,305,500</b>	





## CERTIFICA

El(La) Señor(a) LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ identificado(a) con CC 1020836309 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>01/08/2024</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>MULTISALUD SAS GUAMAL</b>
<b>Categoría:</b>	<b>A</b>

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de junio del año 2026.

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

### **Observaciones:**

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LINA MARIA MARTINEZ FERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020836309**, se encuentra afiliado/a desde **03/08/2022** 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 18 de junio 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.



3ba62629-3458-4e75-9a3a-7bdee51eebc9

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Lina María Martínez Fernández***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**HEARTS en las Américas: Mejora Continua de la Calidad  
para los Equipos de Atención Primaria**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 8 - Porcentaje de aprobación: 92,00 %

21 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director

