

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

Página 1 de 3

**ENFERMERIA PROFESIONAL Y AUXILIARES DE ENFERMERIA.**

Nº	REQUISITOS	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Propuesta Laboral.	X		
2	Hoja De Vida Formato Único de La Función Pública O SIGEP	X		
3	Fotocopia De Cedula Ampliada Al 150%	X		
4	Declaración de Bienes y Rentas del Año Anterior. <b>Nota: Si No declara renta ante la DIAN Diligenciar el Formato de Declaración de Bienes y Rentas para persona Natural de la Función Pública.</b>	X		
5	Registro Único Tributario (RUT) vigente	X		
6	Resolución de Autorización de Ejercicio de la Profesión.	X		
7	Fotocopia de Tarjeta Profesional Ampliada al 150%		X	
8	Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS)	X		
9	Diploma y Acta de Grado de Bachiller	X		
10	Diploma y Acta De Grado Profesional (Pregrado) o (Técnica) <b>Nota: Si el Título presentado fue realizado en el exterior debe presentar la convalidación de este realizada ante el Ministerio de Educación en Colombia</b>	X		
11	Otros estudios realizados (Diplomados, Cursos, Talleres, Certificaciones).	X		
12	Certificaciones que acrediten la experiencia laboral encargos afines	X		
13	Esquema de Vacunación	X		
14	Examen de Ingreso Medico Ocupacional vigencia anual			27/01/2027
15	Antecedentes Vigentes (Policía, Procuraduría y Contraloría)	X		
16	Certificados de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en el Régimen Contributivo (Salud, Pensión, ARL)	X		
17	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (vigente)	X		12/05/2027
18	Formato de Declaración de Origen de Fondos Y Desarrollo de Actividades Licitas-SARLAF (vigente)	X		
19	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)	X		
20	Certificado de Inhabilidades y Delitos Sexuales	X		
21	Pantallazo Usuario SECOP II como proveedor	X		
	<b>ENFERMERA PROFESIONAL</b>			
	Certificado Soporte Vital Básico Y Avanzado SVB-A Vigente. (Todos los servicios)		X	
	Certificado Soporte Vital Avanzado Pediátrico-Neonatal (Vigente)		X	

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

Página 2 de  
3

	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM)		X	
	Certificado Curso Cuidado Básico Neonatal		X	
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Todos los servicios)		X	
	Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)		X	
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)		X	
	Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)		X	
	Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)		X	
	Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)		X	
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)		X	
	Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) clínico (Todos los servicios)		X	
	Constancia Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Todos los servicios)		X	
	<b>Requisitos Ruta Materno- perinatal.</b> (Servicio de Atención del Parto) Constancia Curso manejo de Emergencias Obstétricas		X	
	Constancia Curso Inserción de Implantes subdérmico- DIU		X	
	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>			
	Certificado Soporte Vital Básico SVB vigente. (Todos los servicios)			<b>PENDIENTE CURSO EN TRAMITE</b>
	Constancia Curso de Humanización en Salud (Todos los servicios)	X		25/09/2026
	Constancia Curso en Seguridad del Paciente (Todos los servicios)	X		25/09/2026
	Certificado Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia de Genero Y Violencia Sexual (Servicios Consulta Ext, Hospitalización)	X		25/09/2026
	Constancia en Gestión del Duelo (servicios: Atención del Parto, Cirugía Y UCI)	X		25/09/2026
	Constancia en la atención a personas Víctimas de ataques con agentes Químicos (Urgencias y Traslado de Pacientes)	X		25/09/2026
	Certificado en Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	X		25/09/2026

**CALIDAD**
**NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR475550010601**
**REQUISITOS DEL TALENTO HUMANO E.S.E HOSPITAL  
FRAY LUIS DE LEÓN**

Copia Controlada

Versión: 3

 Página **3** de **3**

	Clínico.			
	Constancia Manejo de Pruebas en punto de Atención del Paciente Point of Care (Todos los servicios)			<b>PENDIENTE CURSO EN TRAMITE</b>
	Certificación en el control del paciente de cuidado intensivo e Intermedio adultos. (aplica para el servicio de UCI- UCIM)		X	
	Constancia Aplicación de Inmunobiológico- PAI (Servicio de Vacunación)		X	

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento a los Estándares y Criterios del Sistema Único de Habilitación según Resolución N.3100/2019.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento Ruta Materno-Perinatal según Resolución 3280/2028. Y Lineamientos Técnicos en Desnutrición Resolución 2350/2020.

-Requisitos para el talento Humano en Salud, en cumplimiento por ser territorio Endémico, Curso de Atención y Manejo clínico

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS, **Identificado (a) con** Cédula de Ciudadanía N° 1.093.772.085 de Profesión Auxiliar de Enfermería AUTORIZO que la ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN, 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 la institución con fines de contratación.

 FIRMA: Wendy Jolany Corredor C Fecha: 21 DE JUNIO DE 2026

**AREA CONTRACTUAL**

 Supervisor de Contrato: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Talento Humano: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Área de Contratación: \_\_\_\_\_ Revisó: \_\_\_\_\_ Aprobó: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Las partes firmantes confirman haber revisado y aprobado información proporcionada por parte del aspirante.**

## PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Señores

**ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN**

Esta comunicación tiene por objeto presentar propuesta para Prestar servicios Técnicos como Auxiliar de Enfermería en la **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON** Así mismo, declaro que:

1. Tengo capacidad legal para presentar cada uno de los ofrecimientos hechos en esta propuesta.
2. La información suministrada es veraz y no fija condiciones económicas artificialmente bajas con el propósito de obtener la adjudicación del contrato.
3. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales, de conformidad con los artículos 8° y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios; de las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas en los artículos 26, numeral 7, y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44, numeral 1, de la misma norma. De igual forma, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

**De igual manera, declaro que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad por las conductas establecidas en los literales a), b) y c) del artículo 90 de la ley 1474 de 2011.**

4. No he efectuado acuerdos colusorios con otros proponentes o miembros integrantes de otros proponentes o cualquier interesado en proveer bienes y/o servicios relacionados con la contratación, en contra de terceros o de la Entidad, para distorsionar o defraudar el presente proceso de selección o contrariar la libre competencia.
5. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
6. Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he sido multado por Entidad Oficial por incumplimiento de contrato estatal, mediante providencia ejecutoriada dentro de los cinco (5) últimos años anteriores a la fecha de presentación del presente documento.
7. Conozco las condiciones técnicas de tiempo, modo y lugar, y las demás especificaciones señaladas en el estudio previo para la ejecución del contrato y las acepto comprometiéndome a su cumplimiento.
8. El valor total de la oferta, las demás deducciones de ley y erogaciones a que haya lugar, asciende a la suma de \$ **1.900.000** M/cte.
9. Suministro la siguiente información:

*Wendy Jolany Corredor C*

Nombre:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

N° de documento:

C.C. 1.093.772.085



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CORREDO R		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARDENAS		NOMBRES WENDY JOLANY	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No <u>1093772085</u>		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA <u>16</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1994</u>		VILLA CONSUELO			
PAÍS <u>COLOMBIA</u>		PAÍS <u>COLOMBIA</u>		DEPTO <u>MAGDALENA</u>	
DEPTO <u>MAGDALENA</u>		MUNICIPIO <u>PLATO</u>			
MUNICIPIO <u>PLATO</u>		TELÉFONO		EMAIL <u>wendycorredorcardenas76@gmail.</u>	

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

**EDUCACIÓN 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).

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSITUTO TECNICO DEL NORTE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2022

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**4**

**IDIOMAS**

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

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

**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 HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2026	Día	31	Mes	05	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO UAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2026	Día	30	Mes	04	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2026	Día	31	Mes	03	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2026	Día	28	Mes	02	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852065			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	31	Mes	01	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2025	Día	30	Mes	11	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2025	Día	31	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2025	Día	31	Mes	08	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR EENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN AVENIDA 1444 14 14 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2025	Día	31	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CALLE 14 null null los contenedores						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2025	Día	30	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CALLE 14 null null los cotenedores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2025	Día	31	Mes	03	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CALLE 14 null null los contenedores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	28	Mes	02	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA MATERNIDAD					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 141 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	28	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-14 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL . 14 10 15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día	30	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIALOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2024	Día	30	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
3225677822			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL. 14 10-15 BARRIO JUAN XXIII						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
3027144988			Día	01	Mes	03	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
3027144988			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	29	Mes	02	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA MATERNIDAD					DIRECCIÓN CALLE 14 14 14 LOS CONTENEDORES						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALPISALUD - ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3225677822			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	30	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A MATERNIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 14 null null VIA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3027149188			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 14 14 14 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA			DEPENDENCIA APOYO EN AUXILIAR DE ENFERMERI					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 14 LOS COTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3027144988			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUAXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN AVENIDA 14 14 1144 LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR EN ENFERMERIA					DIRECCIÓN - CL.14 10-15 BARRIO JUNA XXIII						

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

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

7

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	4
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 Plato Magdalena 21 de junio de 2026

*Wendy Gotany Corredor C*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

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

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

INICIO

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:31:51 PM horas del 21/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1093772085**

Apellidos y Nombres: **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

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

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

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #  
75 – 25 barrio Modelia,  
Bogotá D.C.  
Atención administrativa:  
Lunes a Viernes 8:00 am a  
12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al  
ciudadano: 5159700 ext.  
30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910  
112  
E-mail: [dijin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 298208044**



PIB  
13:32:31  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1093772085:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamiento con el Ciudadano.



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



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



Línea gratuita 018000910315

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

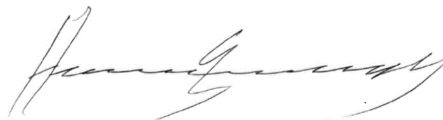
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 21 de junio de 2026, a las 13:33:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1093772085
Código de Verificación	1093772085260621133315

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA ▼

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

1093772085

Fecha Expedición:

23/04/2012

Preguntas Frecuentes ([https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS\\_FRECUENTES\\_CNCCC\\_RNMC.pdf](https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNCCC_RNMC.pdf))

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/06/2026 01:34:00 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 1093772085**  
**de Nombre: CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

## PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	F
47-555-6-2025-77	002	1093772085	CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	N




De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana".

La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación corresponda con el documento de identidad suministrado.

#### Advertencias:

1. Para presentar una petición, Queja, Reclamos y Sugerencia relaciona con esta consulta, puede hacerlo ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva, o de no ser posible, podrá hacerlo a través de las Oficinas de Atención al Ciudadano (OAC) que se encuentran ubicadas en las unidades policiales, direcciones, comandos de metropolitanas y departamentos de policía, o mediante la página web de la Institución [www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co), mediante la pestaña de trámites y servicios al ciudadano y luego accediendo al link de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
2. **Si el estado de la medida se encuentra en: "CERRADO" o "EN PROCESO" el presente documento NO genera las consecuencias por el no pago de multas descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016.**
3. El reporte de la medida correctiva impuesta permanecerá para la consulta por parte de las autoridades de policía y entidades del Estado, por el lapso de un (01) año después de su cumplimiento (CERRADO), según Decreto 001284 del 31 de julio de 2017.
4. Si pasados seis meses a partir de la fecha de imposición de multa, hasta cuando el infractor no se ponga al día con el pago de la misma, se generan las consecuencias por el no pago descritas en el artículo 183 de la Ley 1801 de 2016, así:
  - o Obtener o renovar permiso de tenencia o porte de armas.
  - o Ser nombrado o ascendido en cargo público.
  - o Ingresar a las escuelas de formación de la Fuerza Pública.
  - o Contratar o renovar contrato con cualquier entidad del Estado.
  - o Obtener o renovar el registro mercantil en las cámaras de comercio.
5. Es de responsabilidad del infractor acudir ante la autoridad de policía que impuso la medida correctiva para actualizar el estado de cumplimiento o no procedencia en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.
6. Información extraída del Registro Nacional de Medidas Correctivas (artículo 184 de la Ley 1801 de 2016).

Información		515 9000
 <b>Dios y Patria</b>	<b>Policía Nacional de Colombia</b> Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112	 <b>COLOMBIA</b> POTENCIA DE LA <b>VIDA</b>
		 <b>GOV.CO</b>



## CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1093772085** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **CLINICA INMACULADA CONCEPCION IPS**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **01/10/2023**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 21 de junio 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.mutualseer.com](http://www.mutualseer.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

---

**LUIS BARRAZA**  
**Director de Operaciones - Contributivo**  
**[infocontributivo@mutualseer.org](mailto:infocontributivo@mutualseer.org)**  
**MUTUAL SER EPS**



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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.772.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Junio del 2026.

Cordialmente,

---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS identificado con CC. 1093772085 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 819001483

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/02/07	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/02/01
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/05/31
<b>Riesgo</b>	3	<b>Código actividad económica</b>	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
<b>Estado afiliación</b>	Activa	<b>Estado del contrato</b>	Retirado
<b>Fecha retiro</b>	-		

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21062026N1093772085A19157388**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
 DE TODOS LOS  
 COLOMBIANOS

				<b>Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.</b>			<b>Código: PFO-SARLAF-0104-03-01</b>	
				<b>Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo</b>			<b>Vigencia: 2024 -2027</b>	
FECHA	AA	MM	DD					
	2026	06	21					
<b>SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL</b>								
<b>NOMBRE COMPLETO</b>			Wendy Jolany Corredor Cárdenas			<b>TIPO ID</b>	<b>C.C.</b>	
<b>NÚMERO ID</b>		1.093.772.085		<b>DIRECCIÓN:</b>		Carrera 11 # 11-35		
<b>CIUDAD:</b>		PLATO		<b>DEPARTAMENTO:</b>		MAGDALENA PAÍS: COLOMBIA		
<b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>			<b>CELULAR</b>		<b>OTRO</b>			
EMAIL: wendyyjean@hotmail.com								
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: SI / NO X				¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ___ SI / NO X				
¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ___ SI / X NO								
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ___ SI / NO X								
<b>SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA</b>								
<b>RAZON SOCIAL</b>						<b>NIT:</b>		
<b>DIRECCIÓN:</b>								
<b>CIUDA D:</b>				<b>DEPARTAMENTO</b>		MAGDALENA PAÍS: COLOMBIA		
<b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>				<b>OTRO S:</b>		<b>FAX:</b>		
<b>EMAIL:</b>		<b>CELULA R:</b>		<b>PÁGINA WEB</b>				
<b>CIUDADES</b>				<b>SUCURSALES:</b>				
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ___ SI / ___ NO								
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>								
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL</b>						Documento de Identificación		
						Teléfono Directo		
						e-mail		
Es persona expuesta públicamente? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No								
<b>ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>								
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: SI / NO			IMPORTACIONES: SI / NO		EXPORTACIONES: SI / NO			
INVERSIONES: ___ SI/NO		PRESTAMOS: SI / NO		¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ___ SI / NO				
<b>DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>								

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las (detallar actividades que usted desarrolla actividad o negocio): ocupación, oficio, Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales como contratista de la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA COMO:

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

**EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:**

### **DECLARACIONES**

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo



**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**

Código: PFO-SARLAF-0104-03-01

Vigencia: 2024 -2027

Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Versión: 1

copia controlada

FECHA: AA MM DD

Yo, yo (nosotros) hubieremos proporcionado, no indemnizaré cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo

(  
nstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el y fiel expresión de la verdad.

9  
decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo 012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

(  
r leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los 21 días, del mes de junio del 2026

*Wendy Yolany Correda*

**FIRMA CONTRATISTA**



**HUELLA**

**Plato Magdalena 21 de junio de 2026**

**CIUDAD Y FECHA**

información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

**ASPECTOS GENERALES**

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: [gerencia@hospitalfrayluis.gov.co](mailto:gerencia@hospitalfrayluis.gov.co)

**OBSERVACIONES**



## 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 1093772085 **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 21/06/2026 01:41 PM



Código Verificación: **KG3XPM8HW6**

Válida hasta: **19/09/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

---

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:42:57 horas del 21/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093772085**, Apellidos y Nombres **CORREDOR CARDENAS WENDY JOLANY**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON**, con NIT **819001483-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA

**USUARIO:** YBARRETO.EXT

**TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción

**FECHA**

12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL:</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL:</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	175,091.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPañIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPañIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPañIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. **\*\*\*VER NOTA\*\*\*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-0D-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

Wendy Jolany Corredor



(415)7709998911901(8020)0900411390



Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.595

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA      **USUARIO:** YBARRETO.EXT      **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción      **FECHA:** 12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL:</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL:</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

Wendy Jolany Corredor C



(415)770998911901(8020)0900411390



Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.095

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-F0-101

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:12:57

NIT: 860.070.374-9

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA

12 05 2026

<b>TOMADOR</b>		WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085		7	
<b>DIRECCIÓN:</b>		BRR VILLA CONSUELO		<b>CIUDAD:</b>		PLATO	
<b>E-MAIL:</b>		WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>		3225677822	
<b>ASEGURADO:</b>		WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b>		1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b>		BRR VILLA CONSUELO		<b>CIUDAD:</b>		PLATO	
<b>BENEFICIARIO:</b>		TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b>		0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>				<b>CIUDAD:</b>		TEL.	
<b>VIGENCIA</b>				<b>VALOR ASEGURADO EN</b>		<b>PESOS</b>	
<b>DESDE</b>		<b>HASTA</b>		<b>ANTERIOR</b>		<b>NUEVA</b>	
DD MM AAAA		DD MM AAAA					
12 05 2026		12 05 2027				350,181,000.00	
<b>INTERMEDIARIO</b>		<b>COASEGURO</b>		<b>PRIMA</b>			
%PART		NOMBRE		COMPañIA		%	
100.00		CENTAURY SEGUROS LTDA					
				PRIMA		VALOR ASEGURADO	
				TRM		MONEDA	
				PRIMA NETA		PESOS	
				CARGOS DE EMISIÓN		PESOS	
				IVA		PESOS	
				TOTAL		208,358.00	
<b>AMPAROS</b>		<b>VIGENCIA</b>		<b>VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS</b>		<b>VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS</b>	
		<b>Desde</b>		<b>Desde</b>		<b>VALOR PRIMA EN PESOS</b>	
		<b>Hasta</b>		<b>Hasta</b>		<b>%</b>	
						<b>Mínimo</b>	
						<b>Hr</b>	
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		12-05-2026		12-05-2027		0.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		12-05-2026		12-05-2027		350,181,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		12-05-2026		12-05-2027		175,091.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		12-05-2026		12-05-2027		0.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		12-05-2026		12-05-2027		70,036,200.00	
						0.00	
						70,036,200.00	
						0.00	
						10	
						2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERLA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. \*\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

Wendy Jolany Corredor C



(415)7709998911901(8020)0900411390

Maria Juana Herrera Rodriguez

CC: 52-425-295

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:13:00

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA      **USUARIO:** YBARRETO.EXT      **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción      **FECHA:** 12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL:</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL:</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*Wendy Jolany Corredor*



*Maria Juana Herrera Rodriguez*

Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.095

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-101

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:13:00

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA

**USUARIO:** YBARRETO.EXT

**TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción

**FECHA**

12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL:</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL:</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	175,091.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. \*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

Wendy Jolany Corredor C



(415)7709998911901(8020)0900411390



Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.295

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:13:04

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA      **USUARIO:** YBARRETO.EXT      **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción      **FECHA:** 12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL.</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL.</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*Wendy Jolany Corredor C*



*Maria Juana Herrera Rodriguez*

Maria Juana Herrera Rodriguez  
 CC: 52.425.095

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-F0-101

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIPO CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA

12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL:</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL:</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE		
	Desde	Hasta				%	Mínimo	Hr
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	175,091.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	12-05-2026	12-05-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPañIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPañIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPañIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERLA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. **\*\*\*VER NOTA\*\*\*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCADA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMPLPCM04

Wendy Jolany Corredor C



*Maria Juana Herrera Rodriguez*

Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.295

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:13:07

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT: 860.070.374-9

**UBICACION:** SANTA MARTA      **USUARIO:** YBARRETO.EXT      **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción      **FECHA:** 12 05 2026

<b>TOMADOR</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	7
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO		
<b>E-MAIL:</b> WENDYCORREDORCARDENAS@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b> 3225677822		
<b>ASEGURADO:</b> WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS		<b>C.C. O NIT:</b> 1093772085	
<b>DIRECCIÓN:</b> BRR VILLA CONSUELO	<b>CIUDAD:</b> PLATO	<b>TEL.</b> 3225677822	
<b>BENEFICIARIO:</b> TERCEROS AFECTADOS		<b>C.C. O NIT:</b> 0000000000	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>CIUDAD:</b>	<b>TEL.</b>

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	NUEVA
DESDE 12 05 2026	HASTA 12 05 2027		350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA							
						PRIMA NETA	PESOS	175,091.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	33,267.00
						<b>TOTAL</b>		<b>208,358.00</b>

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. **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 DE SEGURO.** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, \*\*\*\*VER NOTA\*\*\* EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EMGPLCM04

*Wendy Jolany Corredor C*



*Maria Juana Herrera Rodriguez*

Maria Juana Herrera Rodriguez  
CC: 52.425.095

**TOMADOR**

**COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-F0-101

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFCINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Tue, 12 May 2026 17:13:07

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Referencia para pago electrónico:

0900411390

Nit: 1093772085 DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802092767 Certificado: RM28983 UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 208,358

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<input type="checkbox"/>			
			CHEQUES \$
			EFFECTIVO \$
			(*) TOTAL



(415)7709998911901(8020)0900411390

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**  
 BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**  
 Corresponsales bancarios de Bancolombia Copidrogas  
 Grupo Éxito-Carulla Red Cerca  
 Surtimax EDEQ  
 Olímpica Full recarga  
 Movilred  
 Grupo Gelsa  
 Corresponsal Daviplata-punto red  
 Otros consúltelos en nuestra página web.

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)

Referencia para pago electrónico:

0900411390

Nit: 1093772085 DV: 7

Tomador: WENDY JOLANY CORREDOR CARDENAS

Póliza: 802092767 Certificado: RM28983 UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 208,358

FECHA DE

DD	MM	AAAA
----	----	------

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<input type="checkbox"/>			
			CHEQUES \$
			EFFECTIVO \$
			(*) TOTAL



(415)7709998911901(8020)0900411390

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

**Bancos:**  
 BBVA Davivienda Banco de Bogotá

**Corresponsales bancarios:**  
 Corresponsales bancarios de Bancolombia Copidrogas  
 Grupo Éxito-Carulla Red Cerca  
 Surtimax EDEQ  
 Olímpica Full recarga  
 Movilred  
 Grupo Gelsa  
 Corresponsal Daviplata-punto red  
 Otros consúltelos en nuestra página web.

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en [www.confianza.com.co](http://www.confianza.com.co) en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(\*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. [centrodecontacto@confianza.com.co](mailto:centrodecontacto@confianza.com.co)