ANEXO No. 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
RADICADO DE DOCUMENTOS
Fecha 30-Junio-2026 8:30Am.
Oferente Eduardo Lasprilla Barreto
NIT: 72248698
Dependencia: Gestion Contractual
Funcionario:

Granada- Meta,30/06/2026

Señores:

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 119 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Respetados Señores

El suscrito Lasprilla Barreto Eduardo actuando en mi propio nombre persona natural de conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de INVITACION DIRECTA DE LA REFERENCIA, presentamos esta propuesta para **LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E** y en caso de que sea aceptada nos comprometemos a cumplir dentro de la oportunidad correspondiente.

Declaramos bajo la gravedad del juramento:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a suscribirse sólo compromete al firmante de esta carta y a quienes representa.
- Que ninguna entidad o persona distinta de los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.
- Que conocemos en su totalidad las condiciones de la invitación directa No. 119 y demás documentos del proceso y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.
- Que hemos recibido los documentos que integran la invitación y aceptamos su contenido.
- Que no me/nos halló/hallamos incurso/s en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar. (en caso de unión temporal, consorcio, debe manifestarse por todos los integrantes del mismo).

- Que estoy autorizado para suscribir y presentar la Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
- Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la Oferta.
- Que nos comprometemos a cumplir el objeto contractual en los plazos estipulados en la invitación.
- Que responderé por la calidad de los bienes, contratados, sin perjuicio de la constitución de la garantía, si a ello hubiera lugar.
- Que acepto las especificaciones técnicas de la invitación del objeto contractual, si este llegare a suscribirse.
- Que cualquier notificación o requerimiento relacionado con la presente invitación se me podrá hacer por el siguiente correo electrónico: eduardolasprilla@hotmail.com
- Que le presente Propuesta consta de ( ) folios debidamente numerados.
- Que la propuesta tiene una validez de _____ (___) MESES contados a partir de la fecha de cierre de la Invitación directa.
- Que el valor de la propuesta incluyendo impuestos es de ( ) _____ ( ) M/CTE.

En caso de consorcio o unión temporal esta declaración deberá ser suscrita por cada uno de los integrantes.

Que de conformidad con la Ley 1437 de 2011 (Código Contencioso y de Procedimiento Administrativo) autorizo la notificación electrónica de los Actos Administrativos referentes al proceso.

Que para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 716 de 2001 en su artículo 4, Parágrafo 3; bajo la gravedad de juramento y conociendo las consecuencias jurídicas que indica, manifiesto que me encuentro a paz y salvo con el Estado por todo concepto y/o tengo acuerdo de pago vigente

Atentamente,

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
C.C: 72248698
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Correo Electrónico: eduardolasprilla@hotmail.com
Ciudad: Villavicencio
Firma:

(*) NOTA: Este compromiso deberá ser presentado y firmado por el proponente con la propuesta respectiva. Si es persona jurídica, por quien conforme a la ley esté facultado; Si es consorcio o unión temporal por quien haya sido designado representante en el documento de constitución; Si es persona natural, por ella misma; Si actúa en calidad de apoderado, debe estar debidamente facultado por quien tenga la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder correspondiente.

ANEXOS No. 2 OFERTA ECONOMICA

Granada – Meta, 30/04/2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y4.
Granada-Meta

REFERENCIA: INVITACIÓN DIRECTA SIN CONSIDERACIÓN DE LA CUANTÍA No 119 DE 2026 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS.

Respetados Señores

Me permito presentar oferta económica de la invitación directa Nro. _____ de 2026 que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

ITEM	DESCRIPCION	PRESENTACION Y/O UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR
1	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA GENERAL PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E	CIRUGIA GENERAL	3 MESES	70.000.000

Manifiesto mi voluntad de forma libre, expresa y espontánea, para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del contrato que se suscriba con el Hospital Departamental de Granada E.S.E., serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito (a), en virtud de lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto 514 de 2025, articulo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, al Hospital Departamental de Granada E.S.E., de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXO No. 3 COMPROMISO DE TRANSPARENCIA

Granada – Meta. 30/06 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4
Granada-Meta

Proceso de Contratación N° 119 DE 2026

Yo _Eduardo Lasprilla Barreto_, identificada con cedula de ciudadanía N° _72248698_, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública

2. No estamos en causal de inhabilidad e incompatibilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_PARA EL HOSPITA DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso transparencia.

En constancia de lo anterior firma este documento a los 30 días del mes de 06 de 2026.

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXO No. 4 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Granada – Meta, 30 DE JUNIO DE 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta

REF. INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 119 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Asunto: Declaración Juramentada de inhabilidades e incompatibilidades

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con la Entidades Estatales de conformidad con las Leyes 80 de 1993, 1952 de 2019, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia

Yo, Eduardo Lasprilla Barreto identificado con cédula de ciudadanía No 72248698 expedida en Barranquilla declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso dentro de las causales de **INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD** Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas contenidas en la Ley 1952 de 2019 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 del Estatuto Contractual del orden o constitución legal contemplados en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1.993, ley 45 de 1.990 art, 127 de la constitución política de Colombia y demás normas concordantes así como aquellas que aclaren, modifiquen o deroguen, para suscribir contratos con entidades gubernamentales descentralizadas, ni para participar en el presente proceso, y que consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales, boletín de responsables fiscales y el Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC, no se registra ningún antecedente respecto de la (s) persona (s) aquí señalada (s).

Dado en el Municipio de Granada a los 30 del mes 06 de 2026.

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXO No. 5 FORMULARIO DE EXPERIENCIA

Granada – Meta, 30 _ 2026 JUNIO

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.
Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 119 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Respetados Señores

De conformidad con las condiciones que se estipulan en los documentos del proceso de Modalidad de Selección por Invitación directa Nro. 119 de 2026 que tiene por objeto, presentamos el formulario de experiencia para la INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 119 DE 2026, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

Asunto: **Experiencia**

El proponente debe diligenciar este formulario, consignando en él la experiencia que pretenda hacer valer en el presente proceso.

No DEL CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALOR Y PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	FECHA DE TERMINACIÓN (DÍA, MES Y AÑO)
	MEDICO ESPECIALSITA EN CIRUGIA GENERAL	EDUARDO ASPRILLA BARRETO	--	03/02/2020	14/012026

Cordialmente,

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXO No. 7 FORMATO DE NO ESTAR INCURSO EN CONFLICTO DE INTERES

Granada – Meta, 30 /06 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 119 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Ref.: CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 1952 de 2019, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser la única responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,

Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXOS No. 08 CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE INASISTENCIA ALIMENTARIO

Yo Eduardo Lasprilla Barreto, identificada con cedula de ciudadanía No 72248698 expedida en Barranquilla; por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que NO tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incursa en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento que surja una condena de esta naturaleza en mi contra saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el artículo 6° de la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7° del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los TREINTA días del mes de JUNIO de 2026, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.

Firma y No. C.C. 72248698

HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	GJ-P1-F22 Versión 1	

CLASE DE CLIENTE Proveedor [ ] Empleado [X] FECHA DILIGENCIAMIENTO [ ] [ ] [2026] (DÍA MES AÑO)

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Eduardo Lasprilla Barreto

Identificación tipo: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] Número 72248698 Expedida en Barranquilla

Fecha de Expedición: 08 (DÍA) 07 (MES) 1998 (AÑO)

Fecha de Nacimiento: Año 1980 Mes 04 Día 18

Lugar de Nacimiento: Baeeanquilla

Nacionalidad: Colombiano

Dirección Residencia: Car 40 # 5ª–41 Sur Apto 401,Torre 1.

Ciudad: Villavicencio

Teléfono casa:

Celular: 3214918309

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado [ ] Independiente [ ] Estudiante [ ] Rentista [ ] Socio [ ] Pensionado [ ]

Código de Actividad "CIIU":

E-Mail: eduardolasprilla@hotmail.com

Ocupación / Profesión: Cirujano Geeneral

Nombre Empresa donde Trabaja: Hospital Departamental de Granada

Cargo que Desempeña: Cirujano Gneral

Dirección Empresa: Calle 15 carrera 2 y 4

Ciudad: Granada - Meta

Teléfono: 6587800

E Mail: gerencia@hospitalgranada.gov.co

PERSONA JURÍDICA

Razón Social:

NIT:

Dirección Oficina Principal:

Ciudad:

Teléfono:

Fax:

Dirección Sucursal o Agencia:

Ciudad:

Teléfono:

Fax:

Tipo de empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Inversión extranjera [ ] Otra [ ] Cuál?

Código de Actividad "CIIU":

E-Mail:

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
02	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT. [ ]	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos: 600.000.000

Total Pasivos: 30.000.000

Ingresos Mensuales: 25.000.000

Otros Ingresos: $

Concepto:

Egresos Mensuales: 15.000.000

Otros Egresos: $

Concepto:

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Tipo de Transacción: Importación [ ] Exportación [ ]

Inversiones [ ] Préstamos [ ] Transferencias [ ] Otros [ ] Cuál?

Tipo de Producto	Identificación ó Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). ingresos de mi ocupación laboral como Medico General Especialista en Cirugia general y Laparosopia Basica

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.

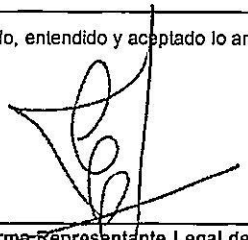
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. INFORMACIÓN BANCARIA

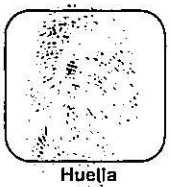
Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
BBVA	C. Comercial Primavera Urbana	Ahorros	0957603947

7. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma Representante Legal del Proveedor ó Empleado



Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la entrevista (DÍA / MES / AÑO) Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación (DÍA / MES / AÑO) Hora

Nombre y Cargo de quien verifica
FRANCISNEY SANCHEZ MARTINEZ.
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Firma

Resultado de la Verificación
Su busqueda no ha devuelto ningun resultado.

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	72248698	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:		**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on:30/06/2026 10:08:32 AM
Non-SDN List last updated on: 1/8/2026 10:05:51 AM

ANEXO No. 7 FORMATO DE NO ESTAR INCURSO EN CONFLICTO DE INTERES

Granada – Meta, 30 2026

Señores
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
Calle 15 entre Cra 2 y 4 Granada-Meta.

REFERENCIA: INVITACION MEDIANTE LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA Nro. 014 DE 2026, PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN _CIRUGIA GENERAL_ PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.".

Ref.: CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES

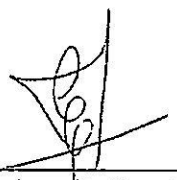
Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 1952 de 2019, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser la única responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,



Nombre: Eduardo Lasprilla Barreto
Cargo: Cirujano Gneral
Documento de Identidad: 72248698
Ciudad: Villavicencio
Dirección: Car 40 # 5ª – 41 Sur, Apto 401, Torre 1, Alcaravan
Teléfono: 3214918309
Correo: eduardolasprilla@hotmail.com

ANEXOS No. 08 CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO (A) EN PROCESOS DE INASISTENCIA ALIMENTARIO

Yo Eduardo Lasprilla Barreto, identificada con cedula de ciudadania No 72248698 expedida en Barranquilla; por medio del presente escrito manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que NO tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, como también expreso que a la fecha NO estoy incursa en procesos por alimentos.

Además, manifiesto que en el evento que surja una condena de esta naturaleza en mi contra saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el artículo 6° de la ley 311 del 12 de agosto de 1996.

El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7° del Decreto Ley 019 de 2012 y el artículo 2.2.5.1.8 del decreto 1083 de 2015; y se expide a los 30 días del mes de Junio de 2026, con destino al Hospital Departamental de Granada E.S.E.

Firma y No. C.C. 72248698

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Barreto	Lasprilla	Eduardo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 72248698	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 72248698 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 04 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 40 5A 41 SUR APARTAMNETO 401 TORRE 1 CONJUNTO ALCARAVAN

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3214918309 EMAIL eduardolasprilla@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	7	X		ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	08	2010	72248698

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO: EN LA MODALIDAD, ESCRIBA

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4. IDIOMAS

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD servimedicos			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3214918309	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA	*DEPENDENCIA* CIRUGIA DEL HOSPITAL						*DIRECCIÓN* CALLE 32 40A 40 barrio alto					

6. EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9. OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	OTRO	Fecha de publicación	2026-06-19 16:01

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDUARDO		LASPRILLA	BARRETO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	72248698

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA META

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

Dirección	["Calle 15 entre carreras 2 y 4"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$240.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$240.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.231.754,75

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$20.000.000,00
CARRO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$20.000.000,00
APARTAMENTO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$150.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO REMODELACION	$30.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	VICTORIA	MADRID	PORRAS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 40189802

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



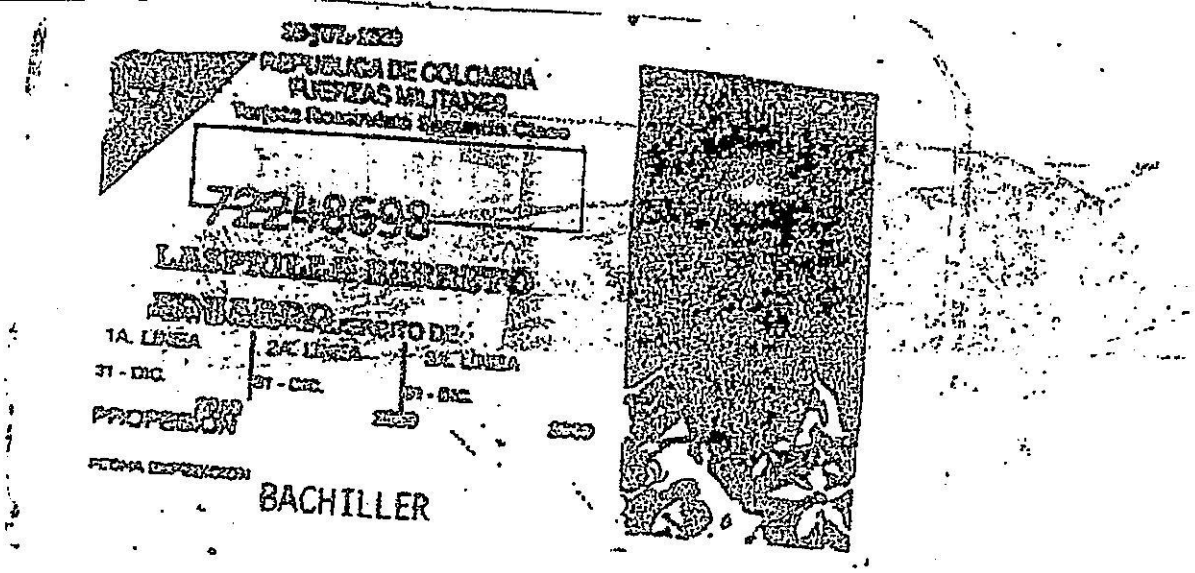
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
72248698
NUMERO
LASPRILLA BARRETO
APELLIDOS
EDUARDO
NOMBRES
FIRMA

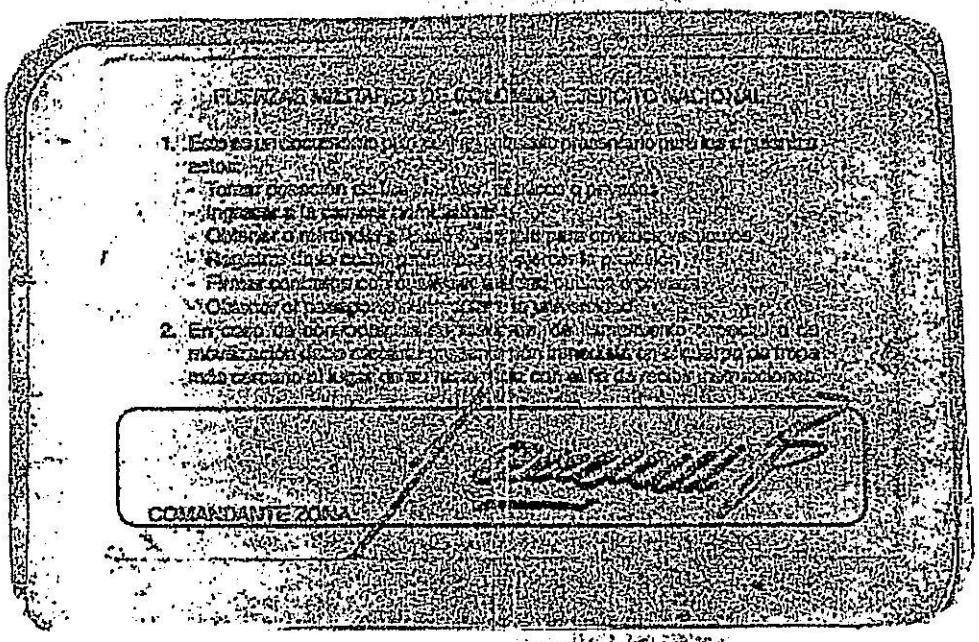


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1960
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
08-JUL-1998 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0300100-22105841-M-0072248698-20021029 05865 02301A 01 127368194


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
7224698
1A. LINEA
2A. LINEA
3A. LINEA
31 - DIC.
PROFESION
BACHILLER


COMANDANTE ZONA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor EDUARDO LASPRILLA BARRETO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72248698, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	EDUARDO
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	LASPRILLA
Segundo Apellido:	BARRETO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	72248698
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 9 días del mes de Junio de 2026, a las 3:30:11 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

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 01:48:19 PM horas del 05/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **72248698**

Apellidos y Nombres: **LASPRILLA BARRETO EDUARDO**

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de junio de 2026, a las 14:04:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	72248698
Código de Verificación	722486982606051404 46

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

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297504314

PIB
14:07:27

Bogotá DC, 05 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) EDUARDO LASPRILLA BARRETO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 72248698:

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.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/06/2026 03:27:05 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **72248698** y Nombre: **EDUARDO LASPRILLA BARRETO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **141750036** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

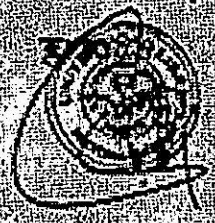
Eduardo Lasprilla Barreto

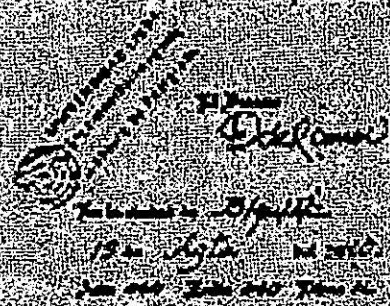
C. C. No. [illegible] de Agua de Dios

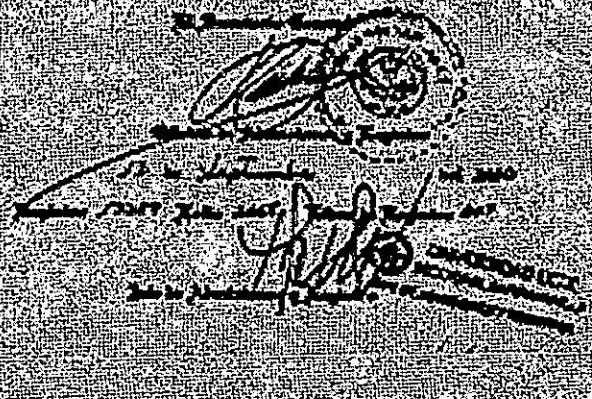
ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Cirugía General

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su Universidad. En testimonio de lo cual se firma y sella con el sello mayor de la Institución.







Folio 070343

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km 7 Vía Antiguo Puerto Colombia
Conmutador 3673800
Fax 3673987

Miembro de la Asociación Colombiana de Universidades

POSTGRADO EN CIRUGÍA GENERAL

ACTA DE GRADO No. 040

La Universidad Libre, representada por la Consiliatura, el Rector y el Director de Postgrado de **CIRUGÍA GENERAL** en acto solemne el día 19 del mes de agosto de 2010 en atención a que ***LASPRILLA BARRETO EDUARDO***, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 72.248.698 expedida en Barranquilla (Atlántico), ha cursado y aprobado los estudios de Postgrado programados por la Universidad y cumplido los requisitos legales y reglamentarios le otorga el título de Especialista en **CIRUGÍA GENERAL**.

En fe de lo expuesto, le expedimos constancia de lo anterior y se firma y sella el presente Acta de Grado en la ciudad de Barranquilla a los 19 días del mes agosto de 2010.

El presente Acta de Grado, es válida para todos los efectos correspondientes.

El Director de Postgrado (fdo) DIANA DAZA DE RAMOS

El Coordinador del Programa (fdo) JOSE MERCADO HERRERA

Es fiel copia tomado del original tomado al folio No. 040

Barranquilla, 27 de mayo de 2011

DIRECTORA POSTGRADOS

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Eduardo Lasprilla Barreto

C.C. No. 72248698 de B/quilla. Atl.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
Facultad de Ciencias de la Salud
DECANATURA

El Rector

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3598866
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado Nº 4.651

Folio Nº 64

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla siendo las 4:30 del día 19 de julio de 2004, se reunieron los doctores MIGUEL ANTONIO SALOMON CALVANO, Rector Seccional, CARLOS TACHE ZAMBRANO, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y CECILIA ARCINIEGAS A., Secretario Académico de la misma Facultad: con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación hecha por el Rector Nacional contenida en la Resolución Nº 008 25 de octubre de 1996, de acuerdo con el literal 10 del art. 34 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado EDUARDO LASPRILLA BARRETO identificado con la C.C. 72.248.698 de: BARRANQUILLA quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del programa, en virtud de lo expuesto.

RESUELVE:

Otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO, al egresado EDUARDO LASPRILLA BARRETO, previo juramento que se le toma por el Rector Seccional; acto seguido se procede a hacer entrega al graduado Sr. (a) EDUARDO LASPRILLA BARRETO del Diploma y copia de la presente Acta de grado.

En testimonio de la anterior se firma la presente acta de Grado en la ciudad de Barranquilla, a los 19 días del mes de julio de 2004

Para constancia se expide y firma la presente Acta.

El Rector

El Decano

La salud es de todos · Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

EDUARDO LASPRILLA BARRETO



C.C. 72248698

MEDICO

Universidad Libre

Barranquilla

Grado: 19/07/2004

Rethus: 19/01/2006

ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 200. el decreto 4192de 2010.Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 P.H. info@colegiomedicocolombiano.org

Firma Representante Colegio Medico Colombiano

Resultado General -2026-06-09--3:46:52 PM

CC	72248698	EDUARDO	LASPRILLA	BARRETO	Vigente	Ver

conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EDUARDO LASPRILLA BARRETO identificado(a) con CC 72248698 registra La siguiente información:

2026-06-09--3:46:52 PM

Información Académica

UNV	Local	MEDICINA	2006-01-19	163	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL	2010-09-13	53768	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

resto SSO	Local	COLOMBIA|ATLÁNTICO|BARRANQUILLA	2004-11-15	2005-11-15	Prestación de Servicios Especializados de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO	La

ción dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede ır ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes ción de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula nal, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C7224869800327554
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **EDUARDO LASPRILLA BARRETO**, identificado(a) con C.C. No. 72248698 y T.P. o R.M. No. 08 163/2006 del(a) Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, no registra sanciones vigentes.

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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 12 junio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E-Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

CORPORACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL META Y LA ORINOQUÍA

CORPOTECMETA

ACUERDO 039 DEL 5 DICIEMBRE DEL 2008 (MSPS)- RESOLUCIÓN N° 1022 DEL 30 JUNIO 2020 (SEM)

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A:

Eduardo Lasprilla Barreto

CC. 72.248.698 de Barranquilla

Por haber aprobado y culminado satisfactoriamente el curso denominado: CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS con una intensidad horaria de **40** horas, desarrollado en modalidad **mixta**, conforme a los lineamientos institucionales y académicos de educación informal.

Acta No **1968** y Folio No **1.**

Dado en Villavicencio – Meta, a los 13 días del mes de **junio** del año **2026**

Directora

Escanee este código QR para verificar la autenticidad de este certificado.

Secretaría Académica

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Dictado el 13/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61981

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS

Dictado el 28/02/2025 con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61978

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

SOPORTE VITAL BASICO BLS

Dictado el 26/02/2025 con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61977

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dictado el 04/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61979

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

ATENCIÓN A VICTIMAS CON ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Dictado el 18/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61983

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Eduardo Lasprilla Barreto

CC 72248698 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-22
Fecha de vencimiento: 2028-06-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Eduardo Lasprilla Barreto

CC 72248698 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-16
Fecha de vencimiento: 2028-06-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Eduardo Lasprilla Barreto

CC 72248698 de Barranquilla - Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Abordaje Integral en el Consumo de Sustancias Psicoactivas con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-18
Fecha de vencimiento: 2028-06-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

Dictado el 27/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61986

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE CON DENGUE OPS

Dictado el 25/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61985

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Dictado el 11/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61980

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 72.248.698 de BARRANQUILLA

Realizo el curso de :

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dictado el 29/03/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 61984

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

Villavicencio, 14 de Enero de 2026

CERTIFICA:

Que el Doctor **EDUARDO LASPRILLA BARRETO**, identificado con cédula de ciudadanía número 72.248.698 de Barranquilla, se encuentra actualmente vinculado y lo ha estado en vigencias anteriores bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales (sin vínculo laboral), como **MÉDICO ESPECIALISTA CIRUJANO**, a favor de Servicios Médicos Integrales de Salud S.A.S, desde el día 03 de Febrero de 2020 hasta la fecha.

La presente se elabora con destino al: **COASMEDAS.**

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado, el día 14 de Enero de 2026.

CHARIZ SOFIA VARGAS RIVEROS
Oficina de Talento Humano
Servimedicos

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Eduardo
Apellidos: Laspilla Barreto
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No 72248698
Fecha de Nacimiento: Día 18 Mes 04 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-01-14	Sanofi 2M1401SC	Alejandra
	2	12-3-19	Sanofi [illegible]	[illegible]
	3	21-11-19	Sanofi [illegible]	[illegible]
	4	21-11-[illegible]		
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-12-13	Sanofi 12000	[illegible]
	2	11-02-14	Sanofi [illegible]	[illegible]
	3	29-8-19	Sanofi T3032	Alejandra T
	R	5 AÑOS		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	10-01-14	Sanofi K5050	Alejandra T
Contra Influenza	Anual	29-8-19	Green Cross V501023	Alejandra T
Virus de Papiloma Humano				

Cortesía de
BIOTOSCANA S.A.

CARNET DE VACUNACION

Nombre	Eduardo Laspilla B.
Dirección	[illegible]
Teléfono	R. M. 1751
H.C.	[illegible] Cod. [illegible]
Entidad Vacunadora	Hospital Universitario

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	F
HEPATITIS B HEPAVAX-GENE®	1a.	Enero 12/03	✓	✓
	2a	Feb 12/03	—	✓
	3a	Marzo 10/03	—	✓

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)®	1a	Enero 10/03	—	✓
		Feb 12/03	—	✓
	3a	Febrero 12/04		

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
INFLUENZA Agrippal® S1	1	Abril 4/03		✓
VARICELA VARICELA VACCINE GCVS®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	Enero 30/03	—	✓
TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1	—	—	—
OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
N. Meningo.	1	Enero 22/03	—	✓
	2	Marzo 22/03	—	✓
Hepatitis A	1	Marzo 22/03	—	✓

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Eduarda

Apellidos: Espinilla Barreto

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 3224697

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 04 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	Dic. 19-20	032Q702Ce	Enfermera Vacunador Facultad Barreto
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	Dic-19-20	V502000 8	Enfermera Vacunador Facultad Barreto
Otras				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

SERVIMEDICOS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES DE SALUD

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Eduardo
Apellidos: Lasprilla Barreto
Documento de Identidad: CC [y] PASAPORTE [ ] No. 32248698
Fecha de Nacimiento: Día 18 Mes 04 Año 1980

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	6-03-15	Sanofi K52982	Unica	Alejandra Tolosa
Contra Influenza				
Otras				

Certificado internacional de vacunación o profilaxis — Reglamento sanitario internacional

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE
/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Eduardo Lasprilla Barreto
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento — Sexo — Nacionalidad
18-Abril-80 — Masculino — Colombiana
date of birth/ né(e) le — Sex/ de sexe — nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación
32248698
national identification document/ document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:
whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra
has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre
fiebre amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Reglement sanitaire international

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis	Fecha / Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / Signature and professional status of supervising clinician	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	Certificado válido / Certificate valid — Desde / From — Hasta / Until
Fiebre Amarilla	6-3-15	Aux Enf Alejandra	Sanofi K52982	Desde 6-03-15 — Hasta 6-3-25
Vacuna ou agent prophylactique	Date	Signature et titre du clinicien responsable	Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificat valable — à partir du / jusqu'au

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: [illegible]

Nombres y apellidos / Full name: EDUARDO LASPRILLA BARRETO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 7 2 2 4 8 6 9 8

Fecha de nacimiento / Date of birth: 18/04/1980

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3205652362

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Hepatitis B Adultos	Primera	19	12	2020			BARANOA E.S.E. HOSPITAL	DIVINA CONSUEGRA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	12	2020			BARANOA E.S.E. HOSPITAL	DIVINA CONSUEGRA
COVID PFIZER	Primera	01	09	2021	PFIZER	FE3593	MIRED BARRANQUILLA CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL ADELITA DE CHAR	MARIA VICTORIA ALVAREZ GOMEZ
COVID PFIZER	Segunda	30	09	2021	PFIZER	FF8849	MIRED BARRANQUILLA CAMINO UNIVERSITARIO DISTRITAL ADELITA DE CHAR	MARIA VICTORIA ALVAREZ GOMEZ

H.S&E

Nit. 900.758.801-1

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Celular: 311 8446438
hseseludocupacional1@gmail.com - Granada - Meta

SALUD OCUPACIONAL
EPIDEMIOLOGIA AMBIENTAL

De Acuerdo a la resolución 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son verídicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que será consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenecen, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (Art. 15) de medicina preventiva y del trabajo según Art. 10 de la resolución 1016 de 1620, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Barreto	Jasprilla	Eduardo	72248698
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificación

46	Medico Cirujano	Hospital Departamental de Granada	19	06	2026
Edad	Cargo		Dia	Mes	Año

Tipo de examen: Ingreso: X Periódico: ☐ Cambio de Labor ☐ Retiro: ☐ Reingreso ☐ Otro: _____

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria		Fosfatasa		Frotis / Cultivo garganta		Colesterol		Anexo Trabajo en alturas	
Visiometria		Hemoclasificación		SGPT		Triglicéridos		Espacios confinados	
Audiometria	//	C. Hematico / Ajustes		SGOT		HDL		Tercera Edad del Corazon	
Espirometria	//	Glicemia		Bilirrubinas		LDL	//	Osteomuscular	X
EKG		P de Orina		Creatinina		Alcohol		Actividades Alto Riesgo	
Rx Columna		Coprologico		Colesterina		Psicotecnico		Dermatologico	
EMG		KOH Uñas		Serologia		Otros		Psicosensometrico	

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN MEDICO DE RETIRO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil de cargo	X	Satisfactorio		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y Síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Con evolución de signos vitales que deben ser valorados por su EPS	
Presenta condiciones de salud que podrían ser agravadas en el ambiental		Se debe reasignar funciones, reubicar o retirar puesto de trabajo		Secuela de Accidente de Trabajo	
Presenta condiciones de salud deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signo de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Concepto medico laboral para evaluación y calificación	

	SI	NO		SI	NO
Idoneo para manipular alimentos		X	Requiere nueva valoración medica ocupacional		X
Idóneo para trabajar en alturas		X	Debe ser reubicado		X
Idoneo para trabajar en espacios confinados		X	Requiere manejo por rehabilitación		X
Requiere nueva valoración medica laboral		X			

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC		MANEJO POR EPS/ARP		RECOMENDACIONES		SVE INCLUIR EN:	
Dieta		Control Periodico PP por EPS		Control Periodico Ocupacional	X	Visual	X
Dieta y Ejercicio regular	X	Se prescribe Terapeutica		Higiene Postural	X	Auditivo	X
Dieta Ejercicio Regular		Remision a EPS para Manejo		Utilización de EPP	X	Respiratorio	X
Valoración por nutrición EPS		Continuar Manejo Medico		Utilización de Ayudas Ergonomicas	X	Ergonomico	X
Descartar Alteración Metabolica		Remisión para Control Medico		Medidas anti-estrés laborales		Cardiovascular	
Dieta Ejercicio y medicamento		Remisión ARP para manejo del caso		Evaluación Puesto de Trabajo		Psicosocial	
Otro		Otro		Otro		Químico	
						Biologico	

Dr. Juval Nino F
Geriatria
Salud Ocupacional
Epidemiologia

Firma Medico Evaluador
Sello

Firma del Trabajador
C.C

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Eduardo Lasprilla Barreto, identificado(a) con CC número 72248698, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 72248698
NOMBRES Y APELLIDOS	Eduardo Lasprilla Barreto
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	18/04/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 72248698 EDUARDO LASPRILLA BARRETO Desde 01/07/2023 - Vigente N.I.T. 901929567 COMCIMET SAS Desde 01/03/2026 - Vigente N.I.T. 860029924 UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 13/02/2026 - Vigente N.I.T. 901929567 COMCIMET SAS Desde 01/05/2025 Hasta 28/02/2026N.I.T. 860029924 UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 06/08/2025 Hasta 12/12/2025N.I.T. 860029924 UNIVERSIDADCOOPERATIVA DE COLOMBIA Desde 04/02/2025 Hasta 14/06/2025

Generado por interfaces 13/06/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

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:

EDUARDO LASPRILLA BARRETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.248.698**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141255222943

(415)7707212489984(8020) 000014125522294 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 2 2 4 8 6 9 8	8	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	72248698

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LASPRILLA	BARRETO	EDUARDO	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 40 N 5 A 41 SUR AP 401 TO 1

42. Correo electrónico: eduardolasprilla@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 4 9 1 8 3 0 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 6 0 2 0 9						2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 6 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-06-02 / 02:47:03PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

934. Nombre: LASPRILLA BARRETO EDUARDO

935. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
19 / 09 / 2025	19 / 10 / 2025	19 / 10 / 2026	19 / 10 / 2025	19 / 10 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CIRUJANO GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,069,400,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 1,069,400,000.00		

DEDUCIBLES: ° 569,400,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,069,400,000.00	PRIMA:	$ **********291,970.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********55,474.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********347,444.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1102110364462O(3900)000000347444(96)20261019

REFERENCIA PAGO: 1102110364462-0

62-03-101036238

FIRMA AUTORIZADA

JULIANANITOLA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION S.C.A.R.E. / LASPRILLA BARRETO EDUARDO

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/ 72248698

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 19/10/2025 HASTA LAS 24 HORAS DEL 19/10/2026

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (afiliacion ininterrumpida como socio activo solidario de acuerdo con el contenido del convenio objeto de cobertura), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

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

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

GRUPO 1
PRIMERA CONDENA
PRIMA ANTES DE IVA: $ 291.970
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 500.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: $ 569.400.000
VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: $ 1.069.400.000
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 250.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: $ 284.700.000

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:CIRUJANO GENERAL

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Se precisa que se cubre la responsabilidad civil profesional individual que surja a consecuencia de actos erroneos (ver seccion III definiciones generales), cometidos de manera involuntaria por el profesional y/o auxiliar de la salud asegurado, en el ejercicio de la actividad de la salud descrita en la poliza.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacin expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

DEDUCIBLES:400 SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 347.444

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencin en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccin asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacin in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del foto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transforencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.

17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacion del secreto profesional.

21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente pliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

25.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28.Filtraciones contaminantes o residuos patologicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencin de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

I-La accin de energa atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su caracter de funcionario o servidor publico segun lo define la ley. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40.Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.

45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego.

46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

51.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.
57.La responsabilidad Civil Extracontractual de predios, labores y operaciones.
58.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
59.Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

c) La Enfermera asistente o un testigo
60.El Asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
61.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
62.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
63.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
64.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.
65.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
66.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacin no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.El Asegurado real o presunta:
a.Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c.Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;

DEFINICIONES:

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o mas eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:

a)Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

b)En el evento en que con la primera indemnizacion no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningun caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definicion del numeral 5 SINIESTRO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido pliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupcion en la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101036238	8

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EDUARDO LASPRILLA BARRETO			CC	72.248.698
DIRECCION	CRA 42 C N 80 B - 75 CASA 4 CONJ. RESIDENCIAL MONTREAL	CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO	3214918309
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la poliza.

-S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza o en el periodo de retroactividad (si os contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

-PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.
A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:
-Someter por escrito su solicitud al asegurador
-Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura
-Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.
-Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.
Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.

TIC

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 72248698 **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 12/06/2026 05:24 AM

Código Verificación: **NKEQ9GP3HU**

Válida hasta: **10/09/2026**

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 15:29:21 horas del 09/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **72248698,** Apellidos y Nombres **LASPRILLA BARRETO EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital de granada ese,** con NIT **800037021-7** 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

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

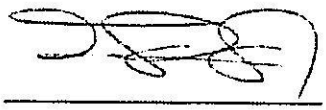
Que nuestro(a) cliente EDUARDO LASPRILLA BARRETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 72,248,698 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 957603947 aperturada el 4 de mayo de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 3 de junio de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0957603947
Cuenta de 16 dígitos:	0957000200603947
Cuenta de 20 dígitos:	00130957000200603947

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA