

Pradera, junio de 2026

Doctora
ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente
ESE HOSPITAL SAN ROQUE

Asunto:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CÓMO MÉDICO DE
URGENCIAS PARA APOYO EN LOS PROCESOS MISIONALES
DE LA E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

Cordial Saludo

Atendiendo la invitación realizada por el despacho a su cargo cordialmente me permito presentar mi propuesta para la contratación de prestación de servicios como MEDICO URGENCIAS en E.S.E. Hospital San Roque.

El objetivo de la propuesta es apoyar técnicamente la ejecución del proyecto correspondiente. Así mismo, se manifiesta que cumplo con el perfil exigido y con experiencia en actividades similares al objeto de la contratación.

Para desarrollar la gestión el tiempo estimado es el que determine la entidad.

El valor de los honorarios es el que ESE Hospital San Roque de Pradera, tenga asignado para esta clase de contratos de acuerdo al perfil y experiencia del profesional.

De igual forma manifiesto que no estoy incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con ESE Hospital San Roque de Pradera.

Mi servicio implica el cumplimiento del objeto del contrato que se celebrará con la ESE Hospital San Roque de Pradera, bajo los principios de responsabilidad, lealtad, buena fe y ética profesional.

Adjunto hoja de vida y documentos de orden jurídico que se relacionan en la invitación para el estudio y verificación que corresponda.

Atentamente,

Firma:
Laura Valentina Cuartas Tobon
1192898480
MEDICO URGENCIAS





FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CUARTAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TOBON	NOMBRES LAURA VALENTINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>1192898480</u>	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>10</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2000</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 44 98 8	
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO VALLE DEL CAUCA
DEPTO VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO CALI	
MUNICIPIO CALI	TELÉFONO 3125449708	EMAIL valentinacuartasmed@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	11	2024	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD AGESOC				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3125449708			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO										
			Día	19	Mes	03	Año	2025	Día	30	Mes	04	Año	2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GEENERAL			DEPENDENCIA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD				DIRECCIÓN										

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	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.192.898.480
CUARTAS TOBON

APELLIDOS
LAURA VALENTINA

NOMBRES

Valentina Cuartas

FIRMA



Scanned with
CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-2000
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A+

F

ESTATURA

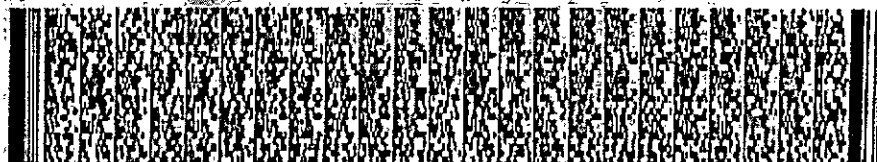
G.S. RH

SEXO

10-DIC-2018 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-3100150-01097944-F-1192898480-20190909

0067663822H3

2815261463

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

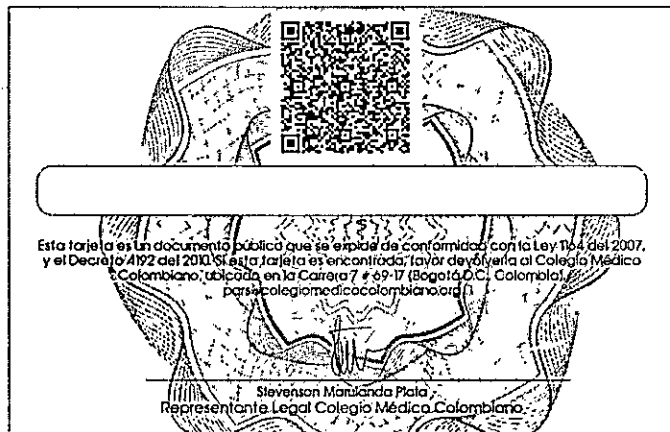
LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON
CC 1192898480

MÉDICO
Universidad Santiago De Cali
Cali

GRADO: 13/12/2024
ReTHUS: 06/02/2025



QR DIGITAL



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C119289848000332614

Código de verificación

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

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON**, identificado(a) con C.C. No. 1192898480 y T.P. o R.M. No. 1192898480 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

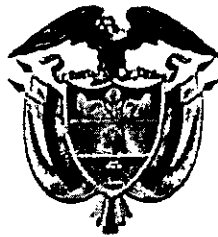
Dada en Bogotá, D. C., el martes 07 julio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).


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



La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la



Universidad Santiago de Cali
Con Personería Jurídica No. 2800 de 1959 del Ministerio de Justicia
Confiere el Título de

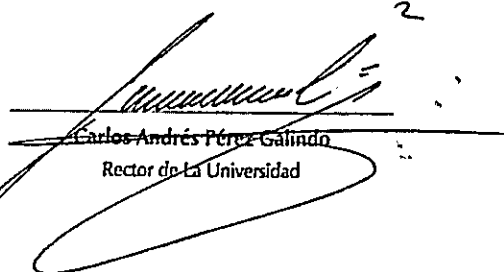
Médico

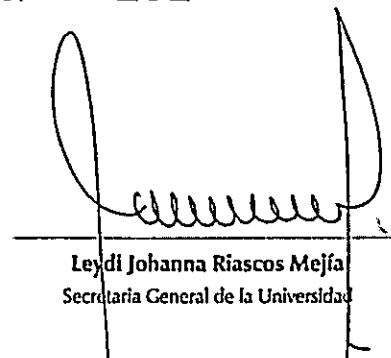
a

Laura Valentina Cuartas Tobon

CCNo. 1.192.898.480

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en Santiago de Cali,
Valle del Cauca, el día 13 del mes de Diciembre de 2024


Carlos Andrés Pérez Galindo
Rector de la Universidad


Leydi Johanna Riascos Mejía
Secretaria General de la Universidad

No 45453 -A

La Universidad Santiago de Cali, en cumplimiento a lo ordenado
por el decreto 2150 de 1995 del Gobierno Nacional, anota al
folio 02-27 del libro 03 de registro de diplomas de la
Universidad, a los 13 días del mes de Diciembre de 2024.

11
11

11
11

11



Acta de Grado

(No. 2577)

EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, A LAS 3:00 P.M. DEL DÍA 13 DE DICIEMBRE DE 2024, LA SECRETARÍA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, HIZO ENTREGA DE LA PRESENTE ACTA A:

LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C No.1192898480

QUE LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON CON REGISTRO DE GRADO No.87669, CUMPLIÓ CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY PARA OPTAR SU TÍTULO PROFESIONAL POR LO ANTERIOR, EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

MEDICO

CÓDIGO SNIES 4783

QUE SU DIPLOMA DEBIDAMENTE REGISTRADO LE SERÁ ENTREGADO EN CEREMONIA SOLEMNE DE GRADUACIÓN EN FECHA FIJADA POR LA UNIVERSIDAD SEGÚN R-01-2024

(FDO) SECRETARIA GENERAL

DRA. LEYDI JOHANNA RIASCOS MEJIA

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA EN SANTIAGO DE CALI A LOS TRECE (13) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024)

LEYDI JOHANNA RIASCOS MEJIA
SECRETARIA GENERAL

110-05-06-077-2026

Florida Valle, 17 de junio de 2026

EL HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 891.380.055-7
FLORIDA - VALLE
A PETICION DE LA INTERESADA

C E R T I F I C A

Que, una vez revisados los archivos de la oficina de Talento Humano, se encontró que el señor(a) **LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.192.898.480 expedida en CALI (VALLE), presta sus servicios profesionales en nuestra organización como **MEDICO GENERAL PARA APOYO A LOS PROCESOS MISIONALES DEL HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA E.S.E.** cómo se detalla a continuación:

16 de mayo al 30 de junio 2025	Contrato No. 20-09-08-196-2025
24 de julio al 30 de septiembre 2025	Contrato No. 20-09-08-430-2025
20 de octubre al 30 de noviembre 2025	Contrato No. 20-09-08-594-2025
09 de diciembre al 31 de diciembre 2025	Contrato No. 20-09-08-775-2025
27 de enero al 30 de abril 2026	Contrato No. 20-09-08-108-2026
01 de mayo al 30 de junio 2026 otro sí	Contrato No. 20-09-08-108-2026

Contrato No. 20-09-08-108-2026, con una contraprestación mensual de seis millones novecientos doce mil pesos m/cte (**\$6.912.000**) equivalente y proporcional a los servicios previamente prestados.

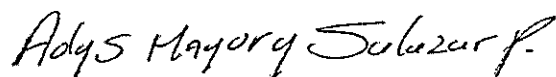
Las actividades desarrolladas por el profesional son las siguientes:

- 1) Realizar la consulta médica general en el proceso misional y en las sedes integradas que se asigne del HOSPITAL BENJAMÍN BARNEY GASCA E.S.E.
- 2) Realizar revista médica en los cambios de turno con todo el equipo del servicio
- 3) Cumplir con las actividades pactados y en caso de no ser posible este hecho, deberá notificar al supervisor del contrato y talento humano.
- 4) Diligenciar correctamente las historias clínicas (manuales o digitales), RIPS y demás documentos que le permitan al HOSPITAL BENJAMÍN BARNEY GASCA E.S.E realizar los cobros a las distintas entidades responsables del pago de los servicios prestados a los usuarios.
- 5) Realizar acto médico conforme a las normas de ética médica con respecto a la relación médico paciente.

- 6) Gestionar el proceso de referencia y contrarreferencia según los casos que se requieran
- 7) Realizar revisión de temas actualizados y socializar con todo el equipo asistencial
- 8) Realizar y actualizar los diferentes protocolos, manuales y guías de las principales causas de consulta que se presenten en la institución.
- 9) Asistir a las capacitaciones que sean citadas por la entidad.
- 10) Cumplir directrices notificadas sobre práctica, procedimientos, ajustes con relación al proceso de calidad y acreditación de la entidad.
- 11) Realizar acompañamiento de paciente en traslado de ambulancia si fuere necesario
- 12) Realizar Demanda Inducida a los programas de Detección Temprana y Protección Específica del 100% de los pacientes que sean atendidos en la consulta, dejando registro en los soportes de demanda inducida que deben ser diligenciados completamente con firma y sello del médico y firma del paciente y/o acudiente
- 13) Realizar actividades, procedimientos e intervenciones de Detección Temprana y Protección específica y de las Enfermedades de Interés en Salud Pública de acuerdo a las Rutas integrales de atención
- 14) Realizar auditoría médica de historias clínicas y capacitación institucional al talento humano de la ESE.
- 15) Realizar apoyo en la difusión de las actividades, campañas y procesos desarrollados dentro de la entidad replicando la gestión a través de las redes sociales.

Que por tratarse de **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**, el mismo no constituye vínculo laboral alguno entre el contratista y el Hospital Benjamín Barney Gasca ESE.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para trámites personales, en Florida Valle a los diecisiete (17) días del mes de junio de 2026.



ADYS MAYURY SALAZAR PATIÑO
Responsable Talento Humano

Proyectó y elaboró: Carolina Pinto - Apoyo T.H
c.c. carpeta certificados laborales 2026.



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, 06/07/2026 10:32:08 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1192898480** y Nombre: **LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON.**

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. **143363298** . 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 Búsqueda Imprimir

Dios y
Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298956668



PIB
10:30:33
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 06 de julio 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) LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1192898480:

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 Enríque Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.



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 lunes 06 de julio de 2026, a las 10:27:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1192898480
Código de Verificación	1192898480260706102751

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:29:25 AM horas del 06/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1192898480

Apellidos y Nombres: CUARTAS TOBON LAURA VALENTINA

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.

[Volver al Inicio](#)

La Policía Nacional de Colombia informa:

siendo las 10:34:24 horas del 06/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1192891**
Apellidos y Nombres **CUARTAS TOBON LAURA VALENTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

ente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GAS**
1380055-7 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profes
miento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a c*
sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se
lisposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1*
con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora fr
ento de datos.

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



Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Laura valentina cuartas tobon

C.C 1.192.898.480

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de julio 2025

Aura Isabel Mora

Código: 769283347000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



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 1192898480 **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 06/07/2026 10:40 AM



Código Verificación: DFM219NRVU

Válida hasta: 04/10/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Laura valentina cuartas tobon

C.C 1.192.898.480

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG



Bogotá D.C., 14 de julio 2025


Luz Daífenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional



Estándares
Generales



Talento
Humano



Desarrollo
Directivo y
Estratégico



Gestión con valores
para resultados



Evaluación de
resultados



Información y
comunicación



Gestión del
conocimiento



Control
interno

Código: 766006494000

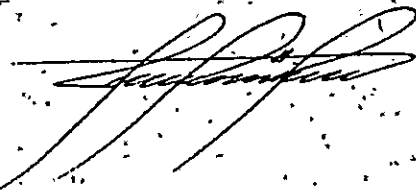
EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona CUARTAS TOBÓN, LAURA VALENTINA identificado(a) con CC 1192898480 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTÁ a través de la CTA AHORROS No. 459301545 desde el 28 de febrero de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 28 de febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2025-08-14 11:20**

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	VALENTINA	CUARTAS	TOBON

Documento de identificación

Tipo **CEDULA DE CIUDADANIA** Número **1192898480**

Lugar de nacimiento

País **COLOMBIA** Departamento **VALLE DEL CAUCA** Municipio **ALCALÁ**

Lugar de domicilio

País **COLOMBIA** Departamento **VALLE DEL CAUCA** Municipio **CALI**

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 SAN ROQUE - PRADERA

Lugar de sede

País **COLOMBIA** Departamento **VALLE DEL CAUCA** Municipio **PRADERA**

Dirección **["CALLE 10 No. 10-30"]**

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 AGRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1-2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

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

2.4.-OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

141166459258



(415)7707212489984(8020) 000014116645925 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 9 2 8 9 8 4 8 0 | 4

Impuestos de Cali

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de identificación

1 1 9 2 8 9 8 4 8 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1

6

9

29. Departamento

Valle del Cauca

7

6

30. Ciudad/Municipio

Cali

0

0

1

31. Primer apellido

CUARTAS

32. Segundo apellido

TOBON

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

VALENTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Valle del Cauca

7

6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0

0

1

41. Dirección principal

CL 4 73 91

42. Correo electrónico

valentinacuarta-st@hotmail.com

43. Código postal

7 6 0 0 0 1

44. Teléfono 1

3 1 2 5 4 4 9 7 0 8

45. Teléfono 2

3 1 6 7 2 8 5 1 5 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

0 0 1 0

2 0 2 3 0 1 0 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☐

NO

☒

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 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:

984. Nombre CUARTAS TOBON LAURA VALENTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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 Laura Valentina Cuatras Tobon, identificada(e) con CC número 1192398480, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRES Y APELLIDOS
TIPO DE AFILIADO
PARENTESCO
FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO DE LA AFILIACIÓN
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO
RÉGIMEN
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN
NIVEL SISBEN
EMPLEADOR(ES)*

CC 1192398480
Laura Valentina Cuatras Tobon
Titular
Titular
10/05/2000
0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
10 - Cobertura Integral
01/03/2015
Activo(a)
298 semanas
Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
51 semanas
Contributivo
21/03/2025
No aplica

CEDULA DE CIUDADANIA 1192398480 LAURA VALENTINA
CUARTAS TOBON Desde 01/05/2025 - Vigente



**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:

LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.192.898.480, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 6 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo Evaluación: Pre-Ingreso

Conceptos Especiales: No Aplica



Realizado en PALMIRA (Valle del Cauca)				Fecha Emisión 2026-01-08		Orden Servicio 1537063	
Nombres y Apellidos Laura Valentina Cuartas Tobon				Identificación CC 1192898480		Sexo Biológico Femenino	
Fecha Nacimiento 2000-06-10	Edad 25 años	Tipo Sangre - Rh * O+	Dirección Residencia CL 5 NO 60 64		Teléfonos		
EPS Sanitas			ARL Sura			AFP Porvenir	
Valoración realizada para el cargo Médico General			Empresa Persona Natural			Empresa Usaria Persona Natural	
Actividad Económica 0081 - Personas Naturales sin Actividad Económica							

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

El siguiente concepto se emite conforme a la Resolución 1843 de 2025, de acuerdo con el perfil del cargo definido por la empresa y según los hallazgos de la Evaluación Médica Ocupacional realizada al usuario el 2026-01-08, por Telesalud. Para emitir el concepto se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO

- **Pre-Ingreso:** Sin restricciones de salud para que el trabajador desempeñe la labor.

OBSERVACIONES GENERALES PARA EL TRABAJADOR

- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST, incluyendo el uso correcto de los EPP cuando aplique.
- Participar en las actividades de capacitación definidas en el SG-SST
- Estilos de vida saludable: Realizar ejercicio mínimo 3 veces a la semana, dieta equilibrada, consumo de agua, procurar adecuada higiene del sueño, evitar consumo de tabaco y alcohol.

OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA

- Comunicar al trabajador el concepto y recomendaciones emitidas en este documento
- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según perfil del cargo
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo
- **Control Médico en 12 meses.**
- Se recomienda incluir/mantener al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico, Psicosocial

Edwin Fabian Zuniga

Expedido por

Dr. Edwin Fabián Zúñiga Roncancio
CC. 1113641080

Registro No: 1113641080, LSST: 1220-54 NO 3237 DE 14-12-2021

Recibido por

Laura Valentina Cuartas Tobon
CC. 1192898480



Valide este documento en:
<https://simeonips.com/validar/cmo/jlk5z4qm-xop8-7fv7-v8xc-maj9g73wr8py>
Fecha Impresión: 2026-01-08 11:12:34 926778



secop.gov.co



Asociación Nacional
de Empresas de
Cableado Estructurado

Autenticación al sistema
UTC - 5 14:33:00
LAURA VALENTINA C...

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼

Buscar...



Escritorio

OPORTUNIDADES
RECIENTES

No se han
encontrado

ÚLTIMAS
OFERTAS

No se han
encontrado

0

Suscripciones

0

Empleos

0

Asesorías y
servicios

0

Indicadores

0

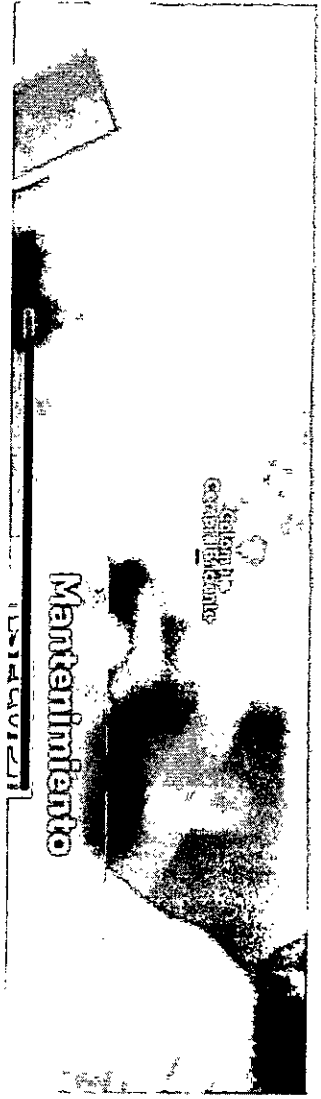
Notificaciones

0

Noticias

Última Actualización

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible. Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

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

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre

Cedula de Ciudadania

1192898480

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

9277



Cambiar

5684

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-03-06→3:55:25 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1192898480	LAURA	VALENTINA	CUARTAS	TOBON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON identificado(a) con CC 1192898480 registra la siguiente información:

2025-03-06→3:55:25 PM

Información Académica

Tipo	Origen	Profesión u	Fecha inicio	Acto	Entidad Reportadora
Programa	Obtención	Ocupación	ejercer	Administrativo	
Título	Título		Acto		

UNV Local MEDICINA 2025-02-06 135312 COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA/NO APLICAL	1900- 01-01	1900- 01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA DE VACUNADOR	SELECCIÓN
TÉTANO				
	1d 06-03-18	709T	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 1 mes	2d 23-08-18	709T	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 6 mes	3d 04-03-19	22080009178	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 1 año	4d 06-08-20	220800719A	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
VARICELA				
	1d 07-01-20	A700030A	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 2 meses	2d DD MM AA	10-Sep-2020		
HEPATITIS A + B				
A 1 mes	1d 04-03-19	AH0303914	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 6 meses	2d 07-03-20	AH0303914	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
	3d DD MM AA	10-Sep-2020		
TRIPLE VIRAL - MMR				
	1d 06-08-20	A69059814	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
MEANINGOCOCO				
	1d 06-03-18	6499	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 2 meses	2d 09-08-19	84319	<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
F. AMARILLA				
	1d DD MM AA			
INFLUENZA				
	1d 08-AGO 2020		<i>Dim</i>	☒ VACUNACIÓN
A 1 año	2d DD MM AA			
HEPATITIS B				
	1d DD MM AA			
A 1 mes	2d DD MM AA			
A 6 mes	3d DD MM AA			
A 1 año	4d DD MM AA			
HEPATITIS A				
	1d DD MM AA			
A 6 meses	2d DD MM AA			
OTRAS				
	1d DD MM AA			
	2d DD MM AA			

COVID-19



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



Certificado de vacunación

Nombres: *Laura Valentina*

Apellidos: *cuartos Tobon*

Documento de identidad: *C.C. 11. Pasaporte PEP con est*

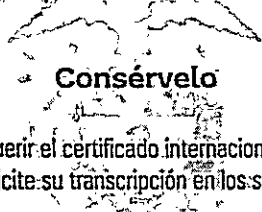
No. *1192898480*

Fecha de nacimiento: Día *10* Mes *06* Año *2000*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5-10-21	Janssen	233F 21A	Emergo	Hector David Uribe Auxiliar de Enfermería C.C. 1.005.981.358 Resolución 763328	
	2	12-08-22	Janssen	202921A	HBP-I	Gabriel Flores	260046
		8-08-23	Pfizer		HCCM	Jhonn	

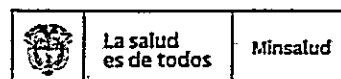
INFLUENZA

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



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

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Isaura Valentina
Apellidos: Cuaitas Tobón
Documento de identidad: C.C. X II Pasaporte No. 1162808480
Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 06 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toside Tetánico - Diférico (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			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	2/08/22	V5022011	Vmetm
	#	5/8/23	230049	HCCM
Otras				

TÍTULOS DE ANTICUERPOS CONTRA HEPATITIS B - VARICELA



Cruz Roja Colombiana
Seccional Valle del Cauca
Laboratorio Clínico Especializado

Sucursal: SEDE PPAL

Sede / Orden:	1/0000207108	Paciente:	1359618 CUARTAS TORON LAURA VALENTINA
Médico:	SIN ORDEN MEDICA	Identificación:	CC: 1192898480
Ubicación:		Sexo:	Femenino
Convenio:	PARTICULAR	Años:	20 M.I. 017
Entrada:	17/07/2020 16:19:57	Teléfono:	
Servicio:	N/A	Tipo Paciente:	EXTERNO

HEPATITIS B ANTICUERPOS (AUSAB):

Fecha de Reporte: 17/07/2020 19:01:09

Técnica: Inmunoanálisis de Partículas Quimiluminiscentes

VALORES DE REFERENCIA:

No Reactivo: Menor de 10.00

Reactivo: 10.00 a Menor de 1000.00

Reactivo Alto: Mayor de 1000.00

VALORES ORIENTATIVOS PARA EVALUAR VACUNACION:

< 10: Revacunación (1 dosis y evaluar nivel)

10 a 100: Evaluación de 3 a 6 meses

> 100: Revacunación después de 10 años (1 dosis)

VARICELA ZOSTER, Anticuerpos IgG:

1.50

Indice

Fecha Reporte: 17/07/2020 19:01:09

Técnica: ELISA (Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas) Automatizado

Determinación cualitativa de Anticuerpos IgG anti Varicela Zoster en suero humano

VALOR DE REFERENCIA:

Immune: Indice Mayor de 1.2

No Immune: Indice Menor de 0.8

Dudoso: Indice entre 0.8 y 1.2

IMPORTANTE:

Se sugiere control serológico periódico en pacientes con resultados en rangos No Immune o Dudoso.

Fin de Informe

Dr. Luz Day Arroya F.
BSC, UCMO, P. 850/22
Reporte: PRUEBAS ESPECIALES

Sucursal: SEDE PPAL

Página: 1

Este y todo resultado de Laboratorio debe ser leído e interpretado por el Médico

Carrera 3B B6 No. 5-91 San Fernando - Teléfono: 518 42 45 Fax: 518 42 89 NIT 690 306 215-0
E-mail: laboratorio@cruzrojavalle.org.co Web site: www.cruzrojavalle.org.co CALI - COLOMBIA



Cruz Roja Colombiana
Seccional Valle del Cauca

CENTRO INTERNACIONAL DE VACUNACION CRUZ ROJA SECCIONAL VALLE

CERTIFICACION DE PRUEBA DE TUBERCULINA / PPD No. 1434

Nombres y apellidos: LAURA CUARTAS TOBON

Edad: 22 Años Sexo: FEMENINO Documento Identidad: 1192898480

Direccion:

Barrio: Telefono: 3125383102 Celular:

E-Mail: VALENTINACUARTAS-@HOTMAIL.COM

Sero Positivo: NO Contacto de TBC: SI Embarazo: NO

Antecedentes de TBC: NO Comunidad Cerrada: NO Personal de Salud: SI

Fecha Aplicacion: 20220813 Nombre quien Aplico: GIRALDO OSORIO JACKELINE

Fecha Lectura: 20220816 Nombre quien Leyo: UMANA COBO CATALINA

Aplicacion Brazo: IZQUIERDO RESULTADO: 0mm

NEGATIVO: POSITIVO > 5mm: POSITIVO > 10mm: POSITIVO > 15mm:

Observaciones:

 Cruz Roja Colombiana
Seccional Valle del Cauca
VACUNACION
Cra. 39 Bis No. 5-91 Tel.: 518 4253-3

CHUBB®

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(+57) 601 326-6200 PBX
(+57) 601 319-0300
(+57) 601 319-0400
(+57) 601 319-0408 FAX
www.chubb.com/co



PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

Certificado Individual de Seguro No. RCMC00093786751
Póliza Matriz N° 16880
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

Información del tomador	
Seguro por cuenta tomado por: PROMEDICO	NIT: 890.310.418-4
Información del Asegurado	
Titular Asegurado: CUARTAS TOBON LAURA VALENTINA	C.C.: 1192898480
Especialidad: MEDICO GENERAL	

Vigencia póliza de responsabilidad civil médica	
Fecha Inicio: 3 de marzo de 2026 Desde las 00:00 Horas	Fecha Fin: 2 de marzo de 2027 Terminación de Vigencia del Seguro a las 24:00 Horas
El presente certificado conservará plena validez hasta que se incurra en alguna de las causales de terminación del contrato de seguro de que se trata, establecidas en las condiciones generales o en la ley.	
Delimitación territorial y jurisdicción: Colombia	
Cobertura básica Responsabilidad civil médica	
En desarrollo del inciso Iro del artículo 4to de la Ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual, derivada de la responsabilidad civil en que incurra de acuerdo con la ley (y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales. Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en el presente documento y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.	
Requisitos de Asegurabilidad Para efectos de este seguro, el Asegurado ha declarado no tener conocimiento de reclamaciones o circunstancias que den lugar a reclamaciones diferentes a las ya reportadas a Chubb Seguros, ya que las mismas estarán excluidas de cobertura. El Asegurado ha declarado estar debidamente registrado bajo las leyes colombianas y tener su licencia vigente. El Asegurado ha declarado no estar involucrado en algún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.	

Beneficiarios:	Terceros afectados	Fecha de Retroactividad:	03/03/2025
Límite de Responsabilidad:	800.000.000	Deducible	Para límite de \$100.000.000 a \$600.000.000: 5% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.000.000 por todo y cada reclamo. Para límite de \$ 800.000.000 a \$ 1.000.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$1.500.000 por todo y cada reclamo. Para límites entre \$1.100.000.000 y \$1.500.000.000: 10% de todo y cada reclamo, con un mínimo de COP \$2.000.000 por todo y cada reclamo.
Antigüedad:	Fecha de inicio de la vigencia del certificado individual de seguro contratado con Chubb Seguros Colombia S.A.		

(1) **Fecha de retroactividad:** Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será:

- Para el profesional de la salud que tome por primera vez la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica con Chubb y no trae tampoco póliza vigente con otra aseguradora: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: Dos (2) años atrás a partir de Inicio de Vigencia con Chubb.
- Para el profesional de la salud que tome por primera vez la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica con Chubb y trae póliza vigente con otra aseguradora en modalidad ocurrencia pura: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben

haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: Inicio de Vigencia con Chubb.

- c. Para el profesional de la salud que tome por primera vez la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica con Chubb y trae póliza vigente con otra aseguradora en modalidad claims made: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: Se cubren los hechos ocurridos a partir del inicio de la vigencia de la primera póliza contratada con Chubb Seguros Colombia S.A.

Si con anterioridad a la primera póliza contratada con Chubb el tomador tenía contratada con otra aseguradora una póliza sobre el mismo riesgo y bajo el esquema de claims made, se tendrá como fecha de retroactividad la que indique esa póliza anterior, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad.

- d. Para incrementos de límite la retroactividad para el nuevo límite contratado será a partir de la fecha de solicitud de modificación bajo la póliza.

Extensiones de cobertura básica (De conformidad con lo descrito en el clausulado general)	
Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
Herederos legales	100%
Cónyuges	100%
Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el asegurado	100%
Gastos penales	100%
Cobertura para las cirugías reconstructivas	100%
Cobertura para empleados no profesionales	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamentos	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina	100%
Cobertura de daños extra-patrimoniales	100%

Condiciones adicionales a las establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad civil médica	
➤	La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la ley 389 de 1997
➤	La exclusión 3.31 denominada "Daños Relacionados Con Transporte De Pacientes" incluida en las Condiciones Generales de la Póliza, no aplicará. En su lugar se incluye la siguiente cobertura: Mediante el presente endoso se entiende y acuerda que, habiendo pagado la prima correspondiente, la presente póliza se extiende a cubrir las reclamaciones contra el Asegurado derivadas del servicio profesional prestado por el mismo durante el traslado de los pacientes en los vehículos destinados a tal fin. Esta cobertura es válida únicamente en los casos en que el Asegurado se encuentre en la posición de un profesional debidamente habilitado para la atención de emergencias durante el transporte de pacientes. En ningún caso se cubrirán las situaciones que se describen a continuación: ○ RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS Y/O VEHÍCULOS Y/O BIENES DE TERCEROS DERIVADOS DE ACCIDENTES PROVOCADOS CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR; ○ RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS AL PROPIO VEHÍCULO TRANSPORTADOR; ○ RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ACCIDENTES CON EL VEHÍCULO TRANSPORTADOR; ○ RECLAMACIONES DERIVADAS DE VEHÍCULOS QUE NO CUMPLAN CON LA LEY APLICABLE, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LOS REQUISITOS DE PROFESIONALES, MATERIALES Y EQUIPOS QUE DEBE TENER UNA AMBULANCIA, SUJETO A SU RESPECTIVA CLASIFICACIÓN. A los efectos de este seguro, se considera ambulancia todo vehículo (incluidas las aeronaves) que se destine exclusivamente al transporte de enfermos. Lo Anterior sujeto a las condiciones generales de la póliza y sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza
➤	La exclusión 3.32 denominada "Daños relacionados con tratamiento domiciliario" incluida en las Condiciones Generales de la Póliza, no aplicará. En su lugar se incluye la siguiente cobertura:

Chubb. Insured.™

VISITAS A DOMICILIO

Mediante la contratación de este Anexo y de aparecer como tal amparado en la Carátula de la Póliza, queda entendido y acordado por las partes que se cubren las **reclamaciones** a consecuencia de la prestación de **Servicios Profesionales** realizados por el Asegurado en el domicilio del paciente.

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

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

- **TELEMEDICINA:** SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL ASEGURADO DERIVADA DE LOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES POR RECLAMACIONES AL ASEGURADO POR UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO CON RELACION A PRESTACIONE DE **SERVICIOS PROFESIONALES** POR MEDIO DE LA PRACTICA DE **TELEMEDICINA/TELESALUD** DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES, LO ANTERIOR SIEMPRE Y CUANDO LOS SERVICIOS OFRECIDOS ESTÉN DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE PARA LA ATENCIÓN A DISTANCIA Y SEAN PRESTADOS A PACIENTES EN COLOMBIA SUJETO A LA DELIMITACIÓN TERRITORIAL Y JURISDICCIÓN APLICABLES AL CONTRATO DE SEGURO.
- **COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL PLO**

MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO Y DE APARECER COMO TAL AMPARADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO POR LAS PARTES QUE SE CUBREN LOS DAÑOS A BIENES Y TERCEROS Y/O LESIONES O MUERTE A PERSONAS CAUSADOS POR HECHOS ACCIDENTALES, SÚBITOS, REPENTINOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES A ÉL, ÚNICAMENTE POR:

1. *LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS, EN LOS QUE EL ASEGURADO DESARROLLA Y REALIZA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLEN Y REALICEN EN CONSULTORIOS PROPIOS O ALQUILADOS POR EL ASEGURADO.*
2. *LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SUS INSTALACIONES, SIEMPRE Y CUANDO LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLEN Y REALICEN EN CONSULTORIOS PROPIOS O ALQUILADOS POR EL ASEGURADO.*
3. *LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE AMPARAR LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES, QUE EL ASEGURADO SE VEA OBLIGADO A PAGAR CON OCASIÓN DE UN SINIESTRO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA.*

EXCLUSIONES

A LA PRESENTE COBERTURA SE LE APLICA LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

- a) *COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON SERVICIOS DE HOME CARE O ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES.*
- b) *COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON ATENCIÓN A PACIENTES EN CLÍNICAS U HOSPITALES (POR FUERA DE CONSULTORIOS PROPIOS O ALQUILADOS POR EL ASEGURADO)*
- c) *COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES*
- d) *TODA CLASE DE EVENTOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.*

Chubb. Insured.™

- e) *DAÑOS PUNITIVOS O EJEMPLARIZANTES*
- f) *PERJUICIOS MERAMENTE PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES O MUERTE A PERSONAS O DAÑO MATERIAL CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.*
- g) *OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.*
- h) *LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.*
- i) *LA INOBSERVANCIA O LA VIOLACIÓN DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.*
- j) *MULTAS O SANCIONES PENALES O ADMINISTRATIVAS.*
- k) *DAÑOS GENÉTICOS A PERSONAS O ANIMALES.*
- l) *TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE GUERRA, GUERRA CIVIL, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO O PODER EXTRANJERO U HOSTILIDADES O ACCIONES BÉLICAS (EXISTA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), REBELIÓN, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, LEVANTAMIENTO MILITAR, NAVAL O AÉREO, GOLPE DE ESTADO O USURPACIÓN DE PODER, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR, MANIFESTACIÓN PÚBLICA, ALBOROTOS POPULARES, CONFLICTOS COLECTIVOS DE TRABAJO O SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES O CUALQUIER OTRO ACTO, CIRCUNSTANCIA O ESTADO DE COSAS AFINES O INHERENTES A LAS ANTEDICHAS CAUSAS O DERIVADAS DE ELLAS.*
- m) *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 A CUYA EXISTENCIA O CREACIÓN HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE LAS SUSODICHAS CAUSAS, A SABER: A. LA ACCIÓN DE ENERGÍA ATÓMICA, B. RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTIÓN DE MATERIAL NUCLEAR Y C. LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD U OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES.*
- n) *DAÑOS OCASIONADOS A LOS BIENES DEL ASEGURADO O A LAS PERSONAS Y/O BIENES DE LOS ADMINISTRADORES O TRABAJADORES A SU SERVICIO.*
- o) *DAÑOS MATERIALES A AQUELLA ESPECÍFICA PARTE DE UNA PROPIEDAD, EN LA QUE EL ASEGURADO, SUS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS, TRABAJANDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE A NOMBRE DEL ASEGURADO, ESTÉN EFECTUANDO OPERACIONES, SI EL DAÑO MATERIAL PROVIENE DE DICHAS OPERACIONES.*
- p) *HURTO, FALSIFICACIÓN, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACIÓN INDEBIDA DE BIENES DE TERCEROS.*
- q) *DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARÍTIMAS O FLUVIALES, DURANTE OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.*
- r) *OPERACIONES DE AERÓDROMOS, AEROPUERTOS, PUERTOS, HELIPUERTOS Y LAS OPERACIONES QUE EL ASEGURADO REALICE EN ESA CLASE DE INSTALACIONES.*
- s) *DOLO, CULPA GRAVE O ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.*
- t) *LA CONDENA, GASTOS Y/O COSTOS DEL PROCESO, CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA COMPAÑÍA.*
- u) *DAÑOS AL MEDIO AMBIENTE Y AL ECOSISTEMA.*
- v) *POR CONTAMINACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA*
- w) *CUALESQUIER COSTO O GASTO QUE SE DERIVE O DE ALGUNA MANERA ESTÉ RELACIONADO CON ALGUNA*

Chubb. Insured.SM

INSTRUCCIÓN, DEMANDA, ORDEN O PETICIÓN GUBERNAMENTAL.

- x) **COSTOS, GASTOS U OBLIGACIONES PROVENIENTES DE, O DE CUALQUIER FORMA RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A ASBESTOS, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN ASBESTOS.**
- y) **OPERACIONES DE CORTE O SOLDADURA QUE UTILICEN MANGANESO.**
- z) **EXPOSICIÓN A SÍLICE, O A PRODUCTOS Y/O MATERIALES QUE CONTENGAN SÍLICE, YA SEA QUE DICHA PRESENCIA SEA POR EXPOSICIÓN REAL, ALEGADA O AMENAZANTE.**
- aa) **PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A MOHO, HONGOS, ESPORAS, O CUALESQUIER ORGANISMO SIMILAR.**
- bb) **PRESENCIA DE O EXPOSICIÓN A P.C.B'S (BIFENILES POLICLORADOS), PLOMO, LÁTEX, MTBE (ETER METIL TERT-BUTILICO), PFOA (ÁCIDO PERFLUOROCTÁNICO) O CUALESQUIER SUSTANCIA SIMILAR.**

CONDICIONES ESPECIALES

PARA QUE EXISTA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA PARA PAGAR LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES OBJETO DE LA PRESENTE COBERTURA, SE REQUIERE QUE SE CUMPLA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. QUE HAYA SIDO DICTAMINADO POR UN JUEZ.
 2. QUE HAYA SIDO OBJETO DE UN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y EL AFECTADO, EN EL QUE HAYA PARTICIPADO LA COMPAÑÍA.
- PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES: Un periodo de 24 meses sin cobro de prima adicional de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 del Condicionado General.
 - Todas las extensiones y coberturas operan dentro del límite del total agregado de la póliza.
 - Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones de cobertura deberán ser acordadas por escrito con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
 - Términos, textos y condiciones según clausulado P-06-CLACHUBB20160114 0001

Exclusiones adicionales a las establecidas en las condiciones generales

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

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

Prima

Prima Responsabilidad Civil Médica Antes de Iva

510,635,00

Chubb. Insured.SM

Iva Prima Responsabilidad Civil Médica	97.020,65
Prima Anual Total	607.655,65

Información importante

- El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales, las cuales tiene a su disposición en la página web <https://www.chubb.com/co-es/>, en la cual, también encontrará información relevante en materia de protección al consumidor financiero.
- La mora en el pago de la póliza, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática y dará derecho a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato según lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
- Chubb podrá revocar unilateralmente su póliza de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1071 del Código de Comercio. Sin embargo, esto sólo será posible cuando se revoquen todas las pólizas que han sido emitidas bajo el presente plan. Habrá lugar a la revocación individual sin que se revoque toda la cartera del grupo asegurado, cuando no se cumplan con los requisitos de asegurabilidad, o el asegurado sea incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. El asegurado podrá revocar el seguro en cualquier momento, mediante aviso previo a Chubb.
- De acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Co. Comercio, está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Declaraciones: Con la adquisición del seguro usted efectuó las siguientes declaraciones:

- Confirmó que entendió y aceptó la información proporcionada en la solicitud de seguro. Adicionalmente, confirmó que sus datos registrados son correctos y se comprometió a actualizarlos en caso de presentarse algún cambio al respecto.
- Declaró haber sido informado que las condiciones generales del contrato de seguros y las exclusiones y limitaciones se encuentran publicadas en la web www.chubb.com.co
- Declaró que se le informó la importancia de declarar sinceramente el estado del riesgo y las sanciones por inexactitud o reticencia, de acuerdo con lo establecido en el art. 1058 del Código de Comercio.
- Declaró que al momento de la solicitud de seguro no tenía conocimiento de reclamaciones y/o demandas abiertas presentados en su contra derivadas de la prestación de servicios médicos profesionales, o circunstancias que den lugar a reclamaciones.
- Declaró estar debidamente registrado como médico bajo las leyes colombianas y tener licencia profesional vigente.
- Declaró no estar involucrado en ningún litigio por la prestación de sus servicios profesionales y no tener conocimiento de hechos que puedan derivar en un reclamo bajo esta póliza.
- Autorizó a la Compañía aseguradora para notificarlo de cualquier asunto relacionado con el contrato de seguro a través de los diferentes medios existentes tales como notificación escrita, llamada telefónica, correo electrónico, mensaje de texto, entre otros.

Autorizaciones: Con la adquisición del seguro usted otorgó las siguientes autorizaciones:

- Autorizó a la Compañía aseguradora para notificarlo de cualquier asunto relacionado con el contrato de seguro a través de los diferentes medios existentes tales como notificación escrita, llamada telefónica, correo electrónico, mensaje de texto, entre otros.
- Para la celebración y durante la ejecución del contrato de seguro con CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante "LA ASEGURADORA"), sociedad con NIT 860.026.518 - 6, teléfono 3190400 y domiciliada en la Carrera 7 No. 71-21 de la ciudad de Bogotá (en adelante el "Contrato"), ésta recolectó, administrará y tratará los datos personales del ASEGURADO de manera manual y/o automatizada, en los términos previstos en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581/12 (y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen) (en adelante la "Regulación"). Consecuentemente, en virtud de solicitud de seguro, el ASEGURADO otorgó la autorización requerida por la Regulación dentro de los siguientes términos y condiciones:
 - LA ASEGURADORA utilizará los datos personales que recolecte del asegurado, tales como nombre, apellido y datos de identificación para los propósitos y alcances relacionados con la suscripción y ejecución del contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.
 - LA ASEGURADORA o sus proveedores de servicios podrán utilizar inteligencia artificial (de ahora en adelante "IA") para ayudarnos a ofrecerle productos o servicios. Esto puede implicar el uso de sus Datos Personales. También se podrá utilizar IA para mejorar nuestro negocio y ofrecer un mejor servicio, por ejemplo, para ayudar en la suscripción de pólizas, fijación de precios, gestión de reclamaciones, análisis de datos, así como para mejorar el rendimiento y la experiencia del usuario en nuestros sitios web y aplicaciones.
 - LA ASEGURADORA realizará tratamientos tales como la recolección, uso, almacenamiento, análisis, transferencia y transmisión, supresión, entre otras, de los datos personales del asegurado.

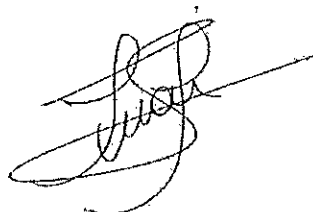
Chubb. Insured.™

4. En ese orden de ideas, LA ASEGURADORA podrá compartir, transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, datos personales a Encargados del Tratamiento que sean proveedores vinculados con LA ASEGURADORA como ajustadores, abogados, médicos, digitadores, firmas de asistencia, call centers y, en general, con terceros con quienes LA ASEGURADORA sostiene relaciones jurídicas y/o comerciales relativas todas ellas al contrato de seguro, a los servicios que se desprenden del mismo y a otros productos y servicios relacionados con el objeto social de LA ASEGURADORA, siempre con la finalidad de ejecutar en debida forma el contrato de seguro. En cada uno de esos casos LA ASEGURADORA incluirá un texto o adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación y para que se comprometan a tratar dicha información del asegurado de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos de LA ASEGURADORA.
5. LA ASEGURADORA también podrá compartir, transferir o transmitir los datos personales a compañías vinculadas, bien sean matrices, filiales, sucursales, establecimientos de comercio o similares que requieran tratar dichos datos personales para efectos de la correcta ejecución del contrato y según las finalidades establecidas en la presente autorización, LA ASEGURADORA adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.
6. La autorización que se otorgó incluye una autorización previa, expresa e informada para el tratamiento de datos sensibles relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Tales datos sensibles pueden incluir datos de salud y/o biométricos. Para estos efectos, LA ASEGURADORA observará lo previsto en la Regulación sobre la materia, el asegurado ha sido informado sobre el carácter enteramente facultativo de la autorización para hacer tratamiento de los datos sensibles. El tratamiento de datos sensibles por parte de LA ASEGURADORA se hará para el cumplimiento de las finalidades establecidas en la presente autorización y en las Políticas de Tratamiento de Datos disponibles en www.chubb.com
7. LA ASEGURADORA adoptará las medidas físicas, humanas, técnicas y tecnológicas necesarias para asegurar que los datos personales del asegurado se encuentren en adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad.
8. El ASEGURADO puede ejercer ante LA ASEGURADORA sus derechos a conocer, actualizar y rectificar su información personal cuando la misma sea inexacta, parcial, incompleta, induzca a error o cuando su tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. De igual forma, puede solicitar la prueba de la autorización otorgada; solicitar información sobre el uso que se le ha dado a sus datos personales; presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones al régimen de protección de datos personales; acceder a sus datos personales; revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos personales, siempre que no exista una obligación legal o contractual que implique que sus datos personales deban permanecer en la base de datos. Puede ejercer estos derechos de acuerdo con los procedimientos contemplados en la misma Regulación y en las Políticas de Tratamiento de Datos de LA ASEGURADORA que se encuentran publicadas en www.chubb.com. Es responsabilidad del ASEGURADO consultar periódicamente esas Políticas de Tratamiento de Datos y sus actualizaciones. Tales derechos del asegurado podrán ser ejercidos enviando una comunicación escrita a la dirección de correo electrónico servicioalcliente.co@chubb.com
9. En caso de recibir una orden judicial o administrativa de cualquier autoridad competente relacionada con datos personales del ASEGURADO, LA ASEGURADORA procederá de acuerdo con lo previsto en la Regulación sobre el particular.
10. A la terminación del presente contrato por cualquier causa, LA ASEGURADORA se abstendrá de utilizar los datos personales del asegurado para cualquier fin diferente al que éste autorice y las exigidas por la ley aplicable. LA ASEGURADORA adoptará las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para garantizar que los datos personales del asegurado no se utilizarán para un fin diferente, pudiendo acordar con el asegurado la eliminación definitiva de los datos personales de los archivos y registros de LA ASEGURADORA.
11. Si dentro de las actividades relacionadas con o derivadas del presente documento y, en general, del contrato de seguro, el asegurado suministró a LA ASEGURADORA datos personales de terceros con quienes sostiene una relación familiar, laboral, contractual, jurídica o comercial de cualquier clase, se entenderá para todos los efectos que el asegurado ha desplegado conductas inequívocas a fin de demostrar que esos terceros han prestado su debido y oportuno consentimiento para la recolección, administración y tratamiento de datos personales en los términos y para los propósitos previstos en este documento. De la misma manera, la ASEGURADORA entenderá que en esos casos existe una legitimación para el ejercicio de los derechos de la titular basada en lo dispuesto por el numeral 4 del artículo 20 del Decreto 1377 de 2013 que prevé la estipulación a favor de otro o para otro.
12. En virtud de la relación jurídica y/o comercial que se desprende de este documento, el asegurado expresamente autorizó a LA ASEGURADORA para que esta pueda transferir y/o transmitir los datos personales a empresas que se encuentran ubicadas en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos de América, con las que LA ASEGURADORA sostiene una relación contractual por pertenecer al mismo grupo comercial de empresas. Esas empresas ubicadas en el extranjero prestarán servicios a LA ASEGURADORA principalmente en materia de realización de copias de seguridad (back-up) y análisis estadístico, administrativo, financiero y/o comercial de la información. Para estos propósitos LA ASEGURADORA implementará las gestiones y procedimientos a que haya lugar de acuerdo con la Regulación, garantizando en todo caso el derecho del asegurado a que esa información se almacene en condiciones de seguridad y a solicitar a LA ASEGURADORA la actualización o rectificación de la misma cuando a ello hubiere lugar de acuerdo con lo previsto en la Regulación.

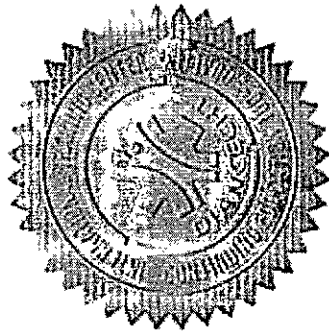
Chubb. Insured.™

13. Autorizó adicionalmente a LA ASEGURADORA para que utilice mis datos personales de contacto con fines de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios propios del objeto social de LA ASEGURADORA. LA ASEGURADORA no utilizará los datos personales del asegurado para actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios de terceros que no tengan una relación contractual con LA ASEGURADORA. Para estos efectos, autorizó ser contactado en un horario distinto al establecido en el artículo 3 de la Ley 2300 de 2023, y aquellas que la modifiquen o adicionen. La recepción de mensajes y correos podrá ser cancelada siempre que no exista el deber contractual o legal de permanecer en la respectiva base de datos, para lo cual podrá comunicarse con la línea de atención al cliente de LA ASEGURADORA para realizar la anotación correspondiente. En todo caso, el tratamiento de información personal para el cumplimiento de esta finalidad se hará respetando la intimidad de los titulares en concordancia con las normas vigentes.
14. Autorizó a LA ASEGURADORA para que utilice mis datos para el control y la prevención del fraude en todas las etapas contractuales y pos-contractuales, así como para la prevención y control de lavado de activos y la financiación del terrorismo. Esta finalidad incluye las siguientes actividades: a) Consultar y reportar en listas restrictivas, listas vinculantes para Colombia, listas de personas expuestas políticamente (PEP) y operadores de información, en cumplimiento de las obligaciones LAFT.
- Para estos efectos autorizo a LA ASEGURADORA a que mis datos personales sean compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados a Operadores de Información y/o Burós de Crédito.
15. Autorizó a LA ASEGURADORA para que utilice mis datos para la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. Lo anterior supone la elaboración de modelos analíticos que tengan como propósitos, entre otros, la predicción de la siniestralidad, cálculo de primas y predisposición de adquisición de una póliza en particular.
- Para estos efectos autorizo a LA ASEGURADORA a que mis datos personales sean compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados a Operadores de Información y/o Burós de Crédito.
16. Autorizó a LA ASEGURADORA para ser contactado a través de los diferentes medios existentes tales como notificación escrita, llamada telefónica, correo electrónico, mensaje de texto, entre otros, en relación con el contrato de seguro, sus modificaciones u otros productos

Para efectos de esta autorización el Responsable del Tratamiento es la sociedad CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., con NIT: 860.026.518-6, domiciliada en la Carrera 7 No 71 - 21 Torre B Piso 7 de la ciudad de Bogotá y con teléfono 3190300. Los titulares podrán ejercer su derecho a la protección de datos descrito anteriormente, presentando una comunicación escrita en el domicilio de CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. dirigido al Área de Protección de Datos de la compañía o mediante correo electrónico a servicioalcliente.co@chubb.com



Chubb Seguros Colombia S.A.
Firma Autorizada



DIANCECHT

Copacitarase hace la diferencia

**CENTRO INTERNACIONAL DE
ENTRENAMIENTO MEDICO DIANCECHT**

CERTIFICA QUE :



LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C: 1.192.898.480 de Cali - Valle

Registro de autenticidad No: SVB-A | 190125-BA0697

Por haber participado y aprobado el programa académico:

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO SVB-A

Seguendo los lineamientos de la resolución 3100/2019 y basado en la evidencia médica internacional más reciente

Instrucción: 48 horas

Validez: 2 años

Lugar: Cali

Fecha: Enero 18-19 de 2025


Víctor H. Rodríguez
Director académico
CIEDIANCECHT


Jefferson Caicedo G.
Coordinador Médico
CIEDIANCECHT

Aval académico internacional





SAVE A LIFE

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
COMMITTEE ON TRAUMA

Recognizes

LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

For successful completion of the
STOP THE BLEED® Course

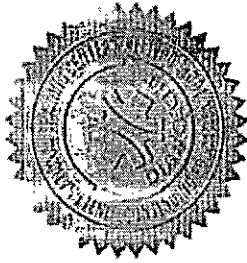
Presented on **ENERO 26 de 2025**, by

CIE DIANCECHT S.A.S

Cali, Colombia

STOP THE BLEED® is a registered trademark of the US Department of Defense.

ACS Committee on Trauma
American College of Surgeons



DIANCECHT
Capacitaro hace la diferencia
**CENTRO INTERNACIONAL DE
ENTRENAMIENTO MEDICO DIANCECHT**



CERTIFICA QUE :

LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C: 1.192.898.480 de Cali - Valle

Registro de autenticidad No: VIOS- 240125-V0428

Por haber participado y aprobado el programa académico:

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL VIOS

siguiendo los lineamientos de la resolución 3100/2019 y basado en la evidencia
médica internacional más reciente

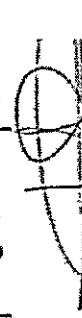
Instrucción: 60 horas

Validez: 2 años

Lugar: Cali

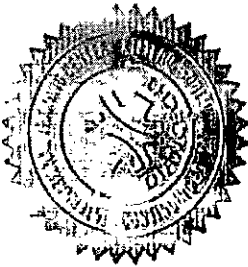
Fecha: Enero 24 de 2025


Victor H. Rodriguez
Director académico
CIE DIANCECHT

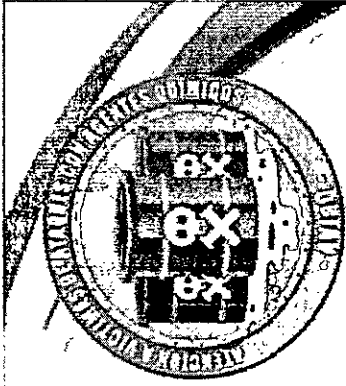

Jefferson Calcedo G.
Coordinador Médico
CIE DIANCECHT

Aval académico internacional





DIANCECHT
Especialista hace la diferencia
**CENTRO INTERNACIONAL DE
ENTRENAMIENTO MEDICO DIANCECHT**



CERTIFICA QUE :

LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C: 1.192.898.480 de Cali - Valle

Registro de autenticidad No: AVIAQ240125 - A00501

Asistió y aprobó el programa académico:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS AVIAQ

siguiendo los lineamientos de la resolución 3100/2019, 4568/2014 y el decreto 1033/2014,
Basado en la evidencia médica mas reciente.

Instrucción: 70 horas | Validez: 2 años | Lugar: Cali | Fecha: Enero 24 de 2025


Víctor H. Rodríguez
Director académico
CIE DIANCECHT


Jerson Quiroga G.
Coordinador Médico
CIE DIANCECHT

Aval académico Internacional



Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Valentina Cuartas Tobon

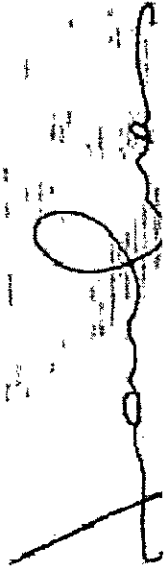
ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

28 de febrero de 2025



 **Organización
Panamericana de la Salud**





Certificado

de asistencia



LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C: 1.192.898.480 de Cali - Valle

Por haber participado en el programa académico internacional:

**CUIDADO Y GESTIÓN PARA LA
DONACIÓN DE ÓRGANOS - DONART**

Seguendo los lineamientos de la resolución 3100/2019 el Instituto Nacional de Salud INC y estándares internacionales

Instrucción: 40 horas

Validez: 2 años

Lugar: Cali

Fecha: Enero 23 de 2025


Víctor H. Rodríguez
Director académico
CIE DIANCECHT


Jefferson Caicedo G.
Coordinador Médico
CIE DIANCECHT





DIANCECHT
Capacitara hace la diferencia
**CENTRO INTERNACIONAL DE
ENTRENAMIENTO MEDICO DIANCECHT**
CERTIFICA QUE :



LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C: 1.192.898.480 de Cali - Valle

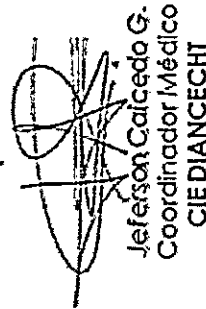
Por haber participado y aprobado el programa académico:

MANEJO Y GESTIÓN EN SALUD DEL DUELO

Seguendo los lineamientos de la resolución 3100/2019 y basado
en la evidencia médica internacional más reciente

Instrucción: 40 horas | Validez: 3 años | Lugar: Cali | Fecha: Enero 23 de 2025


Víctor H. Rodríguez
Director académico
CIE DIANCECHT


Jefferson Calcedo G.
Coordinador Médico
CIE DIANCECHT

Aval académico Internacional



Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Valentina Cuartas Tobon

ha participado y aprobado el

Curso Virtual mhGAP Humanitario

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 96,67%

27 de febrero de 2025

Laura



**Organización
Panamericana
de la Salud**





Certificado

de asistencia



LAURA VALENTINA CUARTAS TOBON

C.C.: 1192.898.480 de Cali - Valle

Por haber participado en el programa académico internacional:

**ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES
PREVALENTES DE LA INFANCIA - AIEPI**

Siguiendo los lineamientos de la resolución 3100/2019 y la Guía AIEPI de la OPS

Instrucción: 40 horas | Validez: 2 años | Lugar: Cali | Fecha: Enero 24 de 2025



Jerson Calcedo G.
Coordinador Médico
CIEDIANCECHT



Victor H. Rodríguez
Director académico
CIEDIANCECHT



CIEDIANCECHT