REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.904.202**
CASTRO RAMIREZ

APELLIDOS
AURA MARIA

NOMBRES

Aura Maria Castro

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1992**
RICAURTE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

04-OCT-2011 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-5200100-00347885-F-1121904202-20111130 0028595937A 1 37369259

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICATION

GRANADA-CUNDINAMARCA, **04/05/2026**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Banco Davivienda S.A. (Bank) certifies that **Mr. AURA MARIA CASTRO RAMIREZ** with ID Number **1121904202,**

Holds in the Bank:

SAVINGS ACCOUNT

Number	**0550488422378783**
Balance	**USD $ $ 0.23**
Opening Date	**15/07/2021**

Sincerely,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AISOCUPACIONAL
Asistencia y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional S.A.S.

Nit. 900.595.056-1

Carrera 8 No. 19 – 32 Barrio Granada
Conmutador: (57)(1) 8351007 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca – Colombia
www.aisocupacional.co

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: AURA MARIA CASTRO RAMIREZ
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1992-12-16 Edad: 31 A
Dirección: MANZANA 9 CASA 3 CONJ JOSE MARIA CORDOBA
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 1121904202
Teléfono: 3117790701



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 00108420 Fecha apertura: 20240224 09:27:04
Fecha cierre: 20240224 09:44:13
Realizado en: Girardot - Cundinamarca

Cargo u Oficio: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes u valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las autoridades legales pertinentes

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES LABORALES

Pausas activas de acuerdo al programa de la empresa.
Uso de Elementos de protección Personal segun cargo.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida saludable.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto para desempeñar labor

Andrea Gacharna S.
Andrea Gacharna S.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: ANDREA GACHARNA SARMIENTO
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 3547/17 De 2019 Registro No.: 7375-04

Aura Castro

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1121904202

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
CASTRO	RAMIREZ	AURA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121904202	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 12 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO RICAURTE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14B 4 80 ZONA URBANA

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO RICAURTE

TELÉFONO EMAIL auramariacastroramirez893@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014

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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN INFORMAL	1800	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2016

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 CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO RICAURTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	26	Mes	02	Año	2026	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA						DIRECCIÓN CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO RICAURTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	03	Año	2025	Día	30	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROMOTORA PIC	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B null BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERA	*DEPENDENCIA* AREA DEL PIC						*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIA R DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DEL PIC						*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR						*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 B/ EL PESEBRE					

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*					

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	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Ricaurte 2026

Aura Castro

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

Datos de la Entidad Estatal-Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Aura Maria Catro Ramirez
Nombre abreviado	Aura Maria Catro Ramirez
Fecha de creación	29/07/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1121904202
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Otro
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Cundinamarca
Municipio	Ricaurte

Información de contacto

Dirección	Mz G Casa #16 Barrio Villa Diana Carolina
Código postal	
Teléfono de oficina	3117790701
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	auramariacastroramirez893@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	auramariacastroramirez893@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedIn	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	Mrs
Nombre	Aura Maria Castro Ramires
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

República de Colombia

Institución Educativa Departamental Técnico Agropecuario

JAIME DE NARVÁEZ BELTRÁN

Beltran - Cudinamarca

Código DANE 125086000234-01 / 125086000234-02

Jornada Sabatina

Acta Individual de Graduación

La Institución Educativa Departamental Técnico Agropecuario Jaime de Narváez Beltrán, Aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura de Cundinamarca, Resolución No. 009308 del 6 de Noviembre de 2007 y 005532 de junio 26 de 2009, en atencion a que:

Castro Ramírez Aura María

CC 1121904202 Villavicencio

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y cumplió con todos los requisitos establecidos en el Programa CAFAM, le confiere el Título de:

Bachiller Académico

Programa CAFAM

Registrado en el Acta de Graduación No. 34, Libro No. 01 del 3 de Diciembre de 2014.

Expedido en Beltran - Cudinamarca, el 03 de Diciembre de 2014.

Según Decreto Nacional No 921 de mayo 6 de 1994, Artículo 2, "La calidad de Bachiller se prueba con copia autenticada del Acta de Graduación ó con el diploma expedido por la correspondiente institución educativa".

Hugo Molina Baquero
c.c. 11.379.649 Fusagasuga (Cund)
Rector

Dilsa Montaña Buenaventura
c.c. 28.576.737 Ambalema
Secretaria

Para su validez no se requieren la firma ni el sello de la Secretaria Según Decreto 2150 de Diciembre 5 de 1995

La República de Colombia
y en nombre de la

Institución Educativa Departamental Técnico Agropecuario

Jaime de Narváez Beltrán

Beltran - Cudinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura de Cundinamarca, según Resolución No. 009308 del 6 de Noviembre de 2007 y 005532 de Junio 26 de 2009. Programa CAFAM

Confiere a:

Aura María Castro Ramírez

CC 1121904202 Villavicencio

El Título de:

Bachiller Académico

Programa CAFAM

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica por Ciclos Lectivos Especiales Integrados, según los planes y programas vigentes.

Registrado en el Acta de Graduación No. 34, Libro No 001 del 03 de Diciembre de 2014.

Hugo Holmes Báquero
c.c. 11.379.649 Fusagasuga (Cund)
Rector

Nidia Montaña Buenaventura
c.c. 28.576.737 Ambalema
Secretaria

Expedido en Beltran - Cudinamarca, el 03 de Diciembre de 2014.

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación (Decreto 921 de mayo 6 de 1994)

Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena

FUNDEMAG

Acuerdo N°0186 del 5 de Mayo de 2.010 del Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional Resolución N°563 - 2.011 de la Secretaría de Educación de Girardot

ACTA DE GRADO N°1.498

PROGRAMA: **TECNICO LABORAL OCUP. POR COMP. EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**

GRADUANDO: **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ**

En Girardot a los VEINTINUEVE (29) días del mes de JULIO de 2.016

Siendo las 7:00 P.M. Presidido por el Señor Rector de la Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena FUNDEMAG, se llevó a cabo el acto de graduación del (a) Señor (ita)

AURA MARIA CASTRO RAMIREZ

En el programa de : **TECNICO LABORAL OCUP. POR COMP. EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Con una intensidad horaria total del programa de MIL OCHOCIENTAS (1800) HORAS.

El Señor Rector de la Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena "FUNDEMAG" después de tomar el Juramento de rigor al graduando, le hizo entrega del Certificado pertinente a:

AURA MARIA CASTRO RAMIREZ

Identificada (o) con cedula de ciudadanía **N° 1.121.904.202 VILLAVICENCIO META**

No siendo otro el objetivo, se levantó la sesión y se firmó ésta acta por los que en ella intervinieron en el acto de Graduación.

FDO. EL RECTOR

FDO. EL COORDINADOR

FDO. EL SECRETARIO

En la Ciudad de Girardot, a los VEINTINUEVE (29) días del mes de JULIO de 2.016

Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena

"FUNDEMAG"

Acuerdo No. 0185 de Minprotección Social y Salud - Resolución No. 563-11 S.E.G.

En Nombre de la República de Colombia y por Autorización de la Secretaría de Educación de Girardot con un Total de 1.800 Horas

Confiere el Certificado Técnico Laboral Ocupacional por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

A

Aura María Castro Ramírez

C.C. No. 1.121.904.202 de Villavicencio

Girardot, Julio 29 de 2016

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución y la Secretaría de Educación de Girardot

Rector

Secretario General

Coordinador Programa

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 25 - 2405
19 SEPTIEMBRE DE 2016

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989, el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, la Ley 1164 de 2007 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 5258 de 2011, expedida por la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que ***CASTRO RAMIREZ AURA MARIA,*** *identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.1121904202 ,* ***expedida en VILLAVICENCIO META,*** *solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como* ***TECNICO LABORAL OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA;*** *diploma otorgado por,* ***LA FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA"FUNDEMAG"EN GIRARDOT CUNDINAMARCA,*** *según* ***ACTA DE GRADO N 1.498 DE 29 DE JULIO DE 2016.***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°, de la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- *Autorizar a* ***CASTRO RAMIREZ AURA MARIA,*** *identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.* ***1121904202,*** *expedida en* ***VILLAVICENCIO META,*** *para ejercer como* ***TECNICO LABORAL OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,*** *y tiene efectos en el Territorio Nacional.*

ARTICULO SEGUNDO: *Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).*

ARTÍCULO TERCERO: *Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 19 SEPTIEMBRE DE 2016

DORIS E. RODRIGUEZ PEREZ
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: Mario Jimenez
Revisó: Esperanza Martinez
V.B CAAJ : Alfonso Sánchez

BOGOTA D.C. Aura Maria Castro.
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Aura Maria castro.
CC No. 1121904202
Firma Aura Maria Castro R.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.121.904.202** expedida en Villavicencio, presta actualmente sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD POR MEDIO DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1010 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE, CUNDINAMARCA,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 092-2026**, durante el tiempo comprendido entre el 26 de febrero de 2026 hasta el 30 mayo del 2026.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los catorce (14) días del mes de mayo de 2026.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro; Katerine Gutierrez R.
Katerine Gutiérrez R.
Contratista

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.121.904.202** expedida en Villavicencio, presto sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVAS (PIC) DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031, PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2027, RESOLUCIÓN 518 DEL 2015, RESOLUCIÓN 295 DE 2023 Y LINEAMIENTOS EMANADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN EL MUNICIPIO DE RICAURTE - CUNDINAMARCA.,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 085-2025**, durante el tiempo comprendido entre el 21 de marzo de 2025 hasta el 30 diciembre del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro y proyecto;
Katerine Gutiérrez R.
Contratista

Powered by CamScanner

	E.S.E CENTRO SALUD RICAURTE - CUNDINAMARCA		
	GESTIÓN DE TALETO HUMANO		
	CERTIFICACIÓN LABORAL		
CÓDIGO: FR-GTH-002	VERSIÓN: 02	FECHA: 29/11/2024	Página 1 de 1

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.121.904.202** expedida en Villavicencio, presto sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL INTRAMURAL Y EXTRAMURAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y COMO TRIPULANTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 155-2025**, durante el tiempo comprendido entre el 14 de julio de 2025 hasta el 30 noviembre del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro y proyecto;
Katerine Gutiérrez R.
Contratista

Calle 4 No. 14 B – 22 Barrio El Pesebre Cel: 3156952445 - 3203066022
controdosalud-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCAESE
CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.121.904.202** expedida en Villavicencio, laboro al servicio de la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios No.152-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 13 de septiembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024
- Contrato de prestación de servicios No.134-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 28 de agosto de 2024 al 30 de diciembre de 2024
- Contrato de prestación de servicios No.062-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 08 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los dos (02) días del mes de enero de 2025.

Atentamente,

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elaboro y proyecto:
Katerine Gutiérrez R.
Apoyo Administrativo.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que la Señora **AURA MARIA CASTRO,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.121.904.202 de Villavicencio,** presta sus servicios como auxiliar de enfermería en la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, Dicho vínculo es mediante contrato de prestación de servicios, el cual se detalla a continuación:

NUMERO DE CONTRATO	CARGO	OBJETO	FECHA DE INGRESO	FECHADE TERMINACION
070/2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL AMBITO FAMILIAR, DE ACUERDO A LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES, CONFORME AL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0012023 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE RICAURTECUNDINAMARCA Y LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CONFORME A LA RESOLUCION 518 DEL 2015.**	24/03/2023	31/12/2023

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los Diez (10) días del mes de octubre de 2023.

Atentamente,

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elaboro y Proyecto Katerine Gutlérrez R.
Apoyo Administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
E. S. E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD RICAURTE

CERTIFICA

Que la señora AURA MARIA CASTRO RAMIREZ persona natural, identificada con la cedula de ciudadanía N.° 1.121.904.202 de Villavicencio, presta sus servicios como Auxiliar de Enfermería en la *E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE*, Dicho vínculo es mediante contrato de prestación de servicios.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
N.º 144-2021	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DE ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y GESTION DEL RIESGO DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCTI-941-2021 SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA -SECRETARIA DE SALUD- Y LA ESE CENTRO DE RICAURTE.	10 OCTUBRE 2021	31 DICIEMBRE 2021
N.º 149-2021	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	02 NOVIEMBRE 2021	30 NOVIEMBRE 2021
N.º 160-2021	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	03 DICIEMBRE 2021	31 DICIEMBRE 2021
N.º 019-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	05 ENERO 2022	31 MARZO 2022
N.º 085-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	07 ABRIL 2022	31 JULIO 2022

Para constancia de lo anterior, se firma a los Ocho (08) días del mes de junio del dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

Rocio Leal C.

ROCIO LEAL CARDOZO
Gerente
ESE Centro de Salud de Ricaurte

Elaboro y Proyecto
Diana Patricia Montiel
Auxiliar Administrativo

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298724924

PIB
14:28:17

Bogotá DC, 01 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) AURA MARIA CASTRO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121904202:

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 Politica 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.

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 miércoles 01 de julio de 2026, a las 14:29:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121904202
Código de Verificación	1121904202260701142922

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:29:48 PM horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121904202**

Apellidos y Nombres: **CASTRO RAMIREZ AURA MARIA**

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.

DIJIN

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

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, 01/07/2026 02:28:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121904202** y Nombre: **AURA MARIA CASTRO RAMIREZ.**

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. **143112829** . 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

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 14:33:36 horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121904202,** Apellidos y Nombres **CASTRO RAMIREZ AURA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E CENTRO DE SALUD,** con NIT **900058218-3** 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

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 1121904202 **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 01/07/2026 02:27 PM

Código Verificación: **NMJT6LZY1G**

Válida hasta: **29/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153051687

(415)7707212489984(8020) 000014115305168 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 1 9 0 4 2 0 2	1	Impuestos y Aduanas de Girardot	8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida	2	Cédula de Ciudadanía	1 3	1 1 2 1 9 0 4 2 0 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Meta	5 0	Villavicencio	0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	RAMIREZ	AURA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca	2 5	Ricaurte	6 1 2

41. Dirección principal: TV 14 4 50 BRR PESEBRE

42. Correo electrónico: auramariacastroramirez893@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 7 7 9 0 7 0 1	

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 9 2	2 0 2 5 0 1 0 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2025-01-03 / 08:41:15AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico 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: CASTRO RAMIREZ AURA MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-03-2026 11:42:56AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

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	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-14 14:30

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AURA	MARÍA	CASTRO	RAMÍREZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121904202

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	RICAURTE

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	RICAURTE

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	CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	RICAURTE

Dirección	["CALLE 4 N. 14-22 B/EL PESEBRE"]
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	$35.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$35.000.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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 [ ]

escripción 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:

SaludTotal

GIRARDOT, Julio 1 de 2026

Señora:

CASTRO RAMIREZ AURA MARIA

CC. 1121904202TV 14B 4 50 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 1 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CASTRO RAMIREZ AURA MARIA	1121904202	C	Dic-1-2022	151	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BERRIO CASTRO MIGUEL ANGEL	1069180220	R	Nov-18-2023	108	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LIZARAZO CASTRO MARIA CAMILA	1110063005	T	Ene-12-2023	151	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CASTRO RAMIREZ MARIANA	1121909347	T	Mar-4-2024	90	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
AURA MARIA CASTRO RAMIREZ	1121904202	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
AURA MARIA CASTRO RAMIREZ	1121904202	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

Powered by CamScanner

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:

AURA MARIA CASTRO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.904.202**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Julio 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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-25, 01:15:01 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 1082417288

Periodo Cotización: junio de 2026 | Periodo Servicio: junio de 2026 | Referencia pago (PIN): 8824006113

PAGADO 25/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ		
Documento	CC1121904202	**Dirección**	CL 0MG #16 - 0 MZ 9 C 3 JOSE M CORDOBA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3117790701
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	RICAURTE	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1121904202	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ	59	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2.436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-Sep 2021	Janssen	203F21 A	C.S.R	maria oliva suarez	39570621
	REF 09 Febrero 2022		Astrazeneca	NM0219	C.S.R	Maria oliva Suarez	39570621
		21 Julio 2022	Pfizer	PCA0070	C.S.R	Yolanda castro	20.875.729

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	Ref 2 1	25 Nov 2022	Janssen	201621A	CSR	Ma oliva suarez	39570621
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubéola	Única	12-3-25	009D13A	Ma Oliva J
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetanico - Diftérico (Td)	1	Antecedente vacunal		
	2			
	3	30-06-23	23381021F	Tetanal H
	4	DPT acelular		
	5	12-3-25	2332	Lozic Ma Oliva
TdaP acelular	1	12-9-23	C5874AB	Yolanda
	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	30-06-23	V23304	Tetanal H
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Dura Ma

Apellidos: Castro Ramirez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1121904202

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 12 Año 1992

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE

DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en los Decretos 1377 de 2013 y 1074 de 2015, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE de lo siguiente:

1. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo dispone las normas vigentes que rigen esta materia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: OBTENER SOPORTES DOCUMENTALES QUE PERMITAN ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS PARTES (CONTRATISTA – ENTIDAD).

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Entidad y observando las normas vigentes sobre protección de datos personales.

6. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en el municipio de Ricaurte en el mes de junio de 2026.

Firma: Aura Castro

Nombre: Aura Maria Castro Ramirez

Identificación: 1121904202

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1121904202

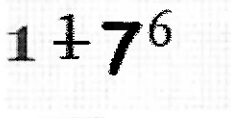
Primer Nombre

Aura

Primer Apellido

Castro

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1085

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-25→9:43:59 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1121904202	AURA	MARIA	CASTRO	RAMIREZ	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) AURA MARIA CASTRO RAMIREZ identificado(a) con CC 1121904202 registra La siguiente información:

2026-05-25→9:43:59 AM

Información Académica

Tipo ograma	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-09-19	2405	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La 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).

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-11
Fecha de vencimiento: 2028-01-11

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

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-07
Fecha de vencimiento: 2028-01-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-17
Fecha de vencimiento: 2028-01-17

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13

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

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-19
Fecha de vencimiento: 2028-01-19

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

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-15
Fecha de vencimiento: 2028-01-15

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

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-09
Fecha de vencimiento: 2028-01-09

FUNDACIONNUESTRA 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

Powered by CamScanner

Educación

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:

Aura Maria Castro Ramirez

CC 1121904202 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Protocolo para la Toma de Pruebas Rápidas VIH, Sífilis y Hepatitis (Point of Care Testing, POCT) - Resolución 200 / 2021 Ministerio de Salud y Protección Social con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-05
Fecha de vencimiento: 2028-01-05

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 Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101010589	1

TOMADOR	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
ASEGURADO	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
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)
10 / 09 / 2025	01 / 09 / 2025	01 / 09 / 2026	01 / 09 / 2025	01 / 09 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
FRANCY LUZ CABEZAS MORENO	999236	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 20,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 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: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.00000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005611362401(3900)000000127895(96)20251016

REFERENCIA PAGO:
1100561136240-1

25-03-101010589

FIRMA AUTORIZADA

DANIELLOPEZ

Aura Castro

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101010589	1

TOMADOR	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
ASEGURADO	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

RENOVACION 2025-2026
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE RENUEVA POR UNA ANUALIDAD MAS DE ACUERDO A LO SOLICITADO DIRECTAMENTE POR EL CLIENTE.

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

SEGUROS DEL ESTADO S.A, QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGURESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL ASEGURADO DERIVADA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN SU OPERACION EN EL TERRITORIO NACIONAL.

SE ADJUNTA CONDICIONADO GENERAL
SEGN FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I

ACTIVIDAD DE
LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
COBERTURAS:
1.AMPARO BSICO: 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 indemnizar hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicio patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.
A consecuencia de actos erroneos, negligencia o impericia, accion u omision, 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 y por los cuales sea civilmente responsable.
Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa 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, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.
PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA:
Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:
2.1SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MDICOS:
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacin o administracin de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirrgicos dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisin directa de ste.
No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las dems exclusiones señaladas en el captulo de exclusiones de est cotizacin.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesin y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnstico o teraputico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estn reconocidos por la ciencia mdica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO indemnizar al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacin que pueda constituirse en una prdida demostrada bajo los trminos de este seguro.
Los gastos de defensa sern reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la pliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguros.
SEGURESTADO reconocer como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la pliza, previa aplicacin del deducible indicado en la cartula de la misma.
En los procesos penales y del tribunal de tica mdica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagarn por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
AMPARO BASICO ; SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS ; USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
VALOR ASEGURADO $100.000.000

GASTOS DE DEFENSA Limite por: OPCION No 1
Evento 10.000.000
Vigencia 20.000.000

DEDUCIBLES
DEDUCIBLESAMPAROOPCION No 1
GASTOS DE DEFENSA 10%

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101010589	1

TOMADOR	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
ASEGURADO	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

DEMAS AMPAROS 10% - Min 1 SMMLV

EXCLUSIONES
Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
1.Reclamaciones por daños genticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto mdico no deseado, organismos patgenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despus del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcin hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesin de la salud con fines diferentes al diagnstico o terapia, de actos mdicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacin de la autoridad competente.
3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud, por la prestacin de sus servicios profesionales en el consultorio o en los predios del asegurado.
4.Perjuicios causados por la prestacin de servicios de salud por personas que no estn legalmente habilitadas para ejercer la profesin o no cuentan con la respectiva autorizacin o licencia otorgada por la autoridad competente.
5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcohlicas, intoxicantes o narcticas.
6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos mdicos que no cuentan con aprobacin y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia mdica (sociedades cientficas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencin en tales casos.
7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos mdicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientficas y que no estn incluidos en forma expresa en la clasificacin nica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucin 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccin 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 quirrgicos de tipo esttico o cosmtico, salvo que se trate de intervenciones o ciruga reconstructiva posterior a un accidente o ciruga correctiva de anormalidades congnitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos mdicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccin (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tcnicas de reproduccin asistida, ya sea por inseminacin artificial o fecundacin in vitro.
10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcin del embarazo.
Para el caso especfico del aborto (interrupcin voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencin que corresponda al cumplimiento de una obligacin legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacin del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un mdico.
II-Cuando exista grave malformacin del feto que haga inviable su vida, certificada por un mdico.
III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o deinseminacin artificial o transferencia de vulo fecundado no consentidas, o de incesto.
11.Responsabilidad civil profesional por emisin de dictmenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesin o daño causado por el tratamiento de un paciente.
12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccin 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, o sanciones de carcter administrativo.
14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientficas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacin ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la pliza y a riesgos de infeccin o contagio de enfermedades o agentes patgenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta pliza. Esta exclusin no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicin de paciente.
15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta pliza.
16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacin de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando sta no fuere aplicada por un especialista y en una institucin 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. Salvo lo señalado en el artculo 7 de la ley 23 de 1981 y las que lo modifiquen, que dice:
cuando no se trate de casos de urgencia, el mdico podr excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacin de sus servicios, en razn de los siguientes motivos:
A.Que el caso no corresponda a su especialidad?
B.Que el paciente reciba la atencin de otro profesional que excluya la suya?
C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,
Caso en el cual SEGURESTADO respaldar al asegurado nicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el lmite pactado en la cartula de la pliza y con sujecin a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clnica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
19.Responsabilidad civil por productos farmacuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmacuticos o perjuicios por el suministro drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
20.Violacin del secreto profesional.
21.Prdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electrnico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algn convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de xito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto mdico, quirrgico o teraputico. As, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms all del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
23.Actos mdicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente pliza que lleven a una reclamacin que pretenda afectar la cobertura de la misma.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101010589	1

TOMADOR	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
ASEGURADO	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

24.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguneos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clnica del asegurado.
25.La transmisin de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestacin de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debera saber que es portador de una enfermedad.
26.Actos mdicos indirectos, y los denominados extracorpreos, tales como investigacin, experimentacin, autopsia, etc.
27.Actos mdicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caractersticas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28.Filtraciones contaminantes o residuos patolgicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especficas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patolgicos.
29.Organismos patognicos.
30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean areos, terrestres o acuticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, as como los daños causados a los vehculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado
31.Atencin o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacin en casa (SHEC) y programa de hospitalizacin domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacin de servicios con una institucin/entidad prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC.
32.Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones martimas o fluviales.
33.Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34.Responsabilidad civil patronal, prcticas laborales incorrectas o de cualquier obligacin 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, compensacin para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucin de seguridad social semejante, sea pblica o privada.
35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier otra entidad.
36.Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasin, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones blicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelin, revolucin, insurreccin, o conmocin civil alcanzando la proporcin 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, lesin, estrago o interrupcin o comisin 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 econmicos, tnicos, nacionalistas, polticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.
37.Cualquier acto, error, omisin u obligacin que involucre asbesto, su uso, exposicin, presencia, existencia, deteccin, remocin, eliminacin en cualquier ambiente, construccin 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 creacin hayan contribuido directa o indirectamente:
I-La accin de energa atmica.
II-Radiaciones ionizantes, o contaminacin por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustin de materia nuclear. Explosin, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacin de ncleos de tomos de radioactividad.
III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. As como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, as como cualquier instruccin o peticin 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 carcter de funcionario o servidor pblico segn lo define la ley correspondiente. 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 del rea o actividades netamente administrativas.
41.La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios pblicos, tales como electricidad, agua, gas, telfono.
42.El deslizamiento de tierras, fallas geolgicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcin volcnica o cualquier otra perturbacin atmosfrica o de la naturaleza, as como tambin los daños causados por la accin paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, holln, 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 contaminacin del medio ambiente, incluyendo contaminacin por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, sbito e imprevisto.
45.El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, as como el uso de armas de fuego.
46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la pliza
47.Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). As como la inobservancia o violacin de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
48.Hurto, falsificacin, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacin 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 mdico quirrgico.
50.Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.
51.Por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.
52.Perjuicios derivados de actos mdicos cometidos fuera de la Repblica de Colombia.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no ser

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101010589	1

TOMADOR	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
ASEGURADO	AURA MARIA CASTRO RAMIREZ			CC	1.121.904.202
DIRECCION	MZ E CASA 52B BARRIO VILLA DIANA CAROLINA	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3117790701
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
53.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirrgicos y no quirrgicos de tipo esttico y/o cosmtico, salvo que se trate de intervenciones o ciruga reconstructiv posterior a un accidente o ciruga correctiva de anormalidades congnitas, siempre que sea realizada por un especialista.
54.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
55.Procedimientos sin la autorizacin para realizacin de la ciruga e intervencin, diligenciada y firmada por:
a)El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.
b)El (os) Mdico(s) tratante(s) y
c)La Enfermera asistente o un testigo
56.El Asegurado no mantenga la historia clnica del paciente al da y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.
57.Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucin No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No 538 de 2020 y los dems que lo reglamenten y/o lo modifiquen.
58.Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de telecrientacin y de teleapoyo.
59.Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesion en el momento de la atencin en salud.
60.La prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a travs de un prestador de servicios d salud legalmente habilitado en Colombia.
61.No tienen cobertura bajo sta pliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional mdica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

62.Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Ciberntico: exclusin de perdida de datos y cyber liability: esta pliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacin, prdida, daño o gast derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacin, uso malicioso, infeccin por programas maliciosos o virus extorsin, destruccin, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambin prdidas, daños responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacin, corrupcin, perdida, destruccin, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamient ilegal o no autorizado o revelacin de datos, destruccin o robo de cualquier computadora o aparato electrnico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacin personal o corporativa en cualquier formato o soporte.
63.Exclusin de enfermedad transmisible: LMA5394 -96
1.Este contrato excluye cualquier prdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultad de, derivado de o en conexin con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.
2.Como se usa en este documento:
a)Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacin o variacin de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:
I.La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parsito, u otro organismo o cualquier variacin de este, ya sea que se considere vivo o no, y
II.El mtodo de transmisin ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmisin por el aire, transmisin de fluidos corporales, transmisin desde o hacia cualquier superficie u objeto; slido, lquido o gaseoso; o entre organismos.
AMBITO TERRITORIAL: Colombia
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES: FECHA MXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 das calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la pliza.
- CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
Cuando el tomador y/o asegurado contrate plizas con el propsito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras plizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.
-No renovacin tcita o automtica: la pliza no ser renovada automticamente, sino que, para efectos de su renovacin, el asegurado deber solicitar la renovacin con 30 das calendario de anticipacin al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentar los trminos y condiciones de acuerdo con la evaluacin del riesgo que se efecte.
-NO se otorga restablecimiento del valor asegurado.