REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.069.179.285

AVILA SILVA

APELLIDOS

KEVIN ANTONIO

NOMBRES

Kevin Antonio Avila

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1999

RICAURTE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G S RH SEXO

18-MAY-2017 RICAURTE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P 1521800-00942554 M-1089179285-20171003 0057764397A 2 48502502

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor KEVIN ANTONIO AVILA SILVA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1069179285, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	KEVIN
Segundo Nombre:	ANTONIO
Primer Apellido:	AVILA
Segundo Apellido:	SILVA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1069179285
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 5 días del mes de Julio de 2026, a las 7:07:13 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KEVIN ANTONIO AVILA SILVA Identificado con CC 1069179285

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina GIRARDOT, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24098936683
Fecha de apertura:	3 de Enero de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0100 GIRARDOT de la ciudad de GIRARDOT, el día Lunes, 06 de Julio de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-07-06

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA	Documento:	CC 1069179285
Fecha de nacimiento:	1999-03-16	Lugar de nacimiento:	RICAURTE (CUNDINAMARCA)
Edad:	27 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	VEREDA LAS VARAS	Municipio:	RICAURTE
Teléfono:	3213192951	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUX.DE ENFERMERIA	EPS:	SALUD TOTAL EPS
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	LUZ MARINA VILA (MADRE)	Teléfono:	3138512418
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a KEVIN ANTONIO AVILA SILVA con documento de identificación No. 1069179285 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUX.DE ENFERMERIA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración de la tensión arterial..
2. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

n Manuel Bozón Díaz
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Res 25-01194 de 2024

Kevin Avila

Firma para identificación de usuario
KEVIN ANTONIO AVILA SILVA
Documento: 1069179285

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MÉDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: tifany.cortes
Fecha: 2026-07-06 Hora: 09:35

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AVILA	SILVA	KEVIN ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1069179285	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1069179285 D.M. 41

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 03 AÑO 1999	VEREDA LAS VARAS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	RICAURTE		
MUNICIPIO	RICAURTE	TELÉFONO		EMAIL	3213192951k@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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	2019

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)

S (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO - INFORTEC	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1840	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	10	2019

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
WESOC COLOMBIA S.A.S	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		SOPORTE VITAL BASICO S.V.B-BLS PRIMEROS AUXILIOS + RCP+DEA	01	2022
WESOC COLOMBIA S.A.S	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	01	2022

IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	RICAURTE	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	05	Año	2023	Día	31	Mes	08	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	QUIPILE	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	04	Año	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL	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 FINCA EL RECUERDO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CAPATAZ	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION DE LA FINCA					*DIRECCIÓN* - VEREDA LAS VARAS						
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	06	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*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	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*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	20	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*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	10	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTECIAL					*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	10	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*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	03	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 14B 22 BARRIO 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	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
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, Cundinamarca Julio 2026

Kevin Antony Avila Silva.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Rtc/ Julio /2026 — *Ciudad y fecha*

Magda Mesa — *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Información del usuario

Carga	INDEPENDIENTE
Título	Sr.
Nombre	Kevin Antonio
Apellidos	ÁVILA SILVA
Fecha de Nacimiento	16/03/1999 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* **Usted pertenece a un grupo joven**
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Hombre
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ◉ No
Nombre y apellido	Kevin Antonio Ávila Silva
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1069179285
Dirección	VEREDA LAS VARAS
Código postal	252410
Estrato	1
Ubicación	Ricaurte
País	COLOMBIA

La República de Colombia

Y en su nombre,

La institución de Formación Técnica y para el Trabajo

Infortect

Aprobada según Resolución No. 675 del 28 de Agosto de 2015 de la Secretaria de Educación de Girardot

Confiere a:

Kevin Antonio Ávila Silva

CC. No. 1.069.179.285 de Ricaurte

El Certificado de Aptitud Laboral por Competencias

Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a 1.840 horas según los planes y programas vigentes.

Dado en la ciudad de Girardot a los 4 días del mes de Octubre de 2019

Anotado al Folio 044 del libro de Registro 01 Acta No. 44

Pedro Alejandro Salamanca Castro
Director Académico

Carolina Sánchez Lizcano
Directora Administrativa

Powered by CamScanner

CUNDINAMARCA
"EL DORADO"
¡LA LEYENDA VIVE!

43336

RESOLUCIÓN No. 25 - DE 2019

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

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de sus facultades legales y reglamentarias en especial las conferidas por el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

*Que **AVILA SILVA KEVIN ANTONIO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1069179285**, expedida en **RICAURTE CUNDINAMARCA**, solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como **APTITUD LABORAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA**; diploma otorgado por, **INSTITUCIÓN DE FORMACION TÉCNICA Y PARA EL TRABAJO INFORTECT EN GIRARDOT CUNDINAMARCA**, según **ACTA DE GRADO No. 044 DE 04 DE OCTUBRE DE 2019***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría 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:

ARTÍCULO PRIMERO: *Autorizar a **AVILA SILVA KEVIN ANTONIO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1069179285**, expedida en **RICAURTE CUNDINAMARCA**, para ejercer como **APTITUD LABORAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, y tiene efectos en el Territorio Nacional.*

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

ARTÍCULO TERCERO: Notificar la presente resolución conforme a lo dispuesto en el Art. 67 y siguientes del CPACA, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición que se interpondrá dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 05 NOV 2019

ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaria de Salud

Proyectó: Janeth Flores A.
Revisó: Doris E. Rodríguez Peral
V.SCAAJ:

BOGOTÁ D.C. 03-01-2020
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Kevin antonio avila
CC No. 1069179285
Firma Kevin avila

2315 2019-10-29

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre, la

Institución Educativa Departamental Antonio Ricaurte

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 006667 del 1° de diciembre de 2006, modificada por la Resolución No. 004491 de julio 18 de 2019

Confiere a:

Kevin Antonio Ávila Silva

C.C. No. 1069179285 de Ricaurte – Cundinamarca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Formal de adultos, según los planes y programas vigentes Decreto 3011 de 1997

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ANTONIO RICAURTE

Lic. Nelly Serrano Monroy
Rectora

Jaqueline Castro Cumbe
Secretaria Ejecutiva

Libro de Registro No. 1 Folio No. 110/111

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 5 de mayo de 1991.

Dado en Ricaurte, a 28 de noviembre de 2019

Powered by CamScanner

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Departamental Antonio Ricaurte

Inscripcion S.E.: 173 04
Dane: 125612000139

En la ciudad de Ricaurte Cundinamarca, a los veintiocho (28) dias del mes de noviembre del 2019, se reunieron en la Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ANTONIO RICAURTE, Plantel Oficial, aprobado hasta Grado Once en Educación Formal de Adultos autorizado por la Secretaria de Educacion de Cundinamarca, para otorgar el titulo de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA, Educación formal de adultos, segun Resolucion No. 006667 de Diciembre 01 de 2006, modificada por la Resolucion No.004491 de julio 18 de 2019 Jornada Nocturna, emanadas de la Secretaria de Educacion de Cundinamarca, regida por el Decreto 3011 de 1997, los suscritos Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduacion de los estudiantes de último grado.

Comprobada la situacion legal y academica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educacion Media se procedió a otorgar el Titulo de

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación:

Kevin Antonio Ávila Silva

C.C. No. 1069179285 de Ricaurte - Cundinamarca

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 019 de fecha noviembre 28 de 2019, que consta de veintisiete (27) graduandos; comienza con el nombre de **ÁVILA SILVA KEVIN ANTONIO** y termina con el nombre de **VERGAÑO LADINO MARIA YINETH**.

Firmada y sellada por Lic. Nelly Serrano Monroy (Rectora) y Jaqueline Castro Cumbe (Secretaria Ejecutiva)

Dada en Ricaurte - Cund., a los veintiocho (28) dias del mes de noviembre de 2019

No requiere ser registrado en la Secretaria de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994 y Decreto 2150 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ANTONIO RICAURTE

Lic. Nelly Serrano Monroy
C.C. No. 20.822.072 de Girardot
Rectora

Jaqueline Castro Cumbe
C.C. No. 20.875 610 de Ricaurte
Secretaria Ejecutiva

Powered by CamScanner

Institución de formación Técnica y para el Trabajo "INFORTECT"
Resolución de aprobación 675 de Agosto 28 de 2015
Secretaría de Educación de Girardot
NIT. 900.956.839 – 1

Acta de Grado No. 044

En la ciudad de Girardot, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los 4 días del mes de Octubre de 2019, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Institución de Formación Técnica y para el Trabajo "Infortect" aprobada por resolución No.675 del 28 de Agosto de 2015 emanada de la Secretaría de Educación Municipal, otorgó El Certificado de Aptitud Laboral por Competencias

Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería

a:

Kevin Antonio Ávila Silva

CC. No. 1.069.179.285 de Ricaurte

Quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudios y cumplió con los requisitos de grado exigidos por la Institución. Presidieron el acto de graduación los Directores Académico y Administrativo de Infortect, Enf. Pedro Alejandro Salamanca Castro y Enf. Carolina Sánchez Lizcano respectivamente, quienes después de tomar el debido juramento procedieron a entregar al graduando el certificado correspondiente, marcado en su orden con el número de folio 0044 y registrado con el número de programa 676 del 28 de agosto de 2015 libro 1 de actas.

Es fiel copia tomada de su original, en Girardot a los 4 días del mes de Octubre de 2019.

Firmado.

Enf. Pedro Alejandro Salamanca Castro
Director Académico

Enf. Carolina Sánchez Lizcano
Directora Administrativa

Calle 19 N° 11 – 20 -26 B/Sucre - Girardot – Cundinamarca
Teléfono: 8884966- Celular 3166916817
Página Web infortect.edu.co Email secretaria@infortect.edu.co
NIT. 900.956.839-1

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.008.210-5

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

CERTIFICA:

Que el Señor **KEVIN ANTONIO AVILA SILVA**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.069.179.285 de Ricaurte**, presto sus servicios como Auxiliar de Enfermería en la *E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE*. Dicho vinculo es mediante contrato de prestación de servicios, los cuales se detallan a continuación.

NUMERO DE CONTRATO	CARGO	OBJETO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACION
022/2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	DISPONIBILIDAD PARA CCONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTION DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	03/01/2020	30/06/2020
205/2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTION DE ACTIVIDADES DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	10/07/2020	30/12/2020
033/2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	10/02/2021	30/06/2021
132/2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	12/10/2021	30/11/2021
142/2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION 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 SSCDCT191021 SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE CENTRO DE RICAURTE.	20/10/2021	31/12/2021
030/2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. CENTRO DE	07/01/2022	31/03/2022

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.098.218-3

		SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE		
076/2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	06/04/2022	31/072022

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los nueve (09) días del mes de septiembre de 2023.

Atentamente,

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elaboro y Proyecto Diana Patricia Montiel
Auxiliar Administrativo.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.690.216-3

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

CERTIFICA:

Que el señor **KEVIN ANTONIO AVILA SILVA,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 1.069.179.285** de Ricaurte, presto sus servicios como auxiliar de enfermería en la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE,*** Dicho vinculo es mediante contrato de prestación de servicios,los cuales se detallan a continuación:

NUMERO DE CONTRATO	CARGO	OBJETO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACION
073/2023	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 001/2023 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE RICAURTECUNDINAMARCA Y LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE, CONFORME A LA RESOLUCION 518 DEL 2015.	27/03/2023	30/04/2023
125/2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA Y TRIPULANTE DE AMBULANCIA DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	23/05/2023	31/08/2023

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los dos (02) días del mes de septiembre de 2023.

Atentamente,

Rocio Leal C

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elabore y Proyecto Diana Palma
Monitor Auxiliar Administrativo

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298932334

PIB
19:04:54

Bogotá DC, 05 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) KEVIN ANTONIO AVILA SILVA identificado(a) con Cedula de ciudadania número 1069179285.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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 martes 07 de julio de 2026, a las 08:39:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1069179285
Código de Verificación	1069179285260707083938

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 06:30:08 PM horas del 05/07/2026,
el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1069179285**
Apellidos y Nombres: **AVILA SILVA KEVIN ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

DIJIN

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 10/07/2026 11:02:43 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1069179285** y Nombre: **KEVIN ANTONIO AVILA SILVA.**

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. **143679656** . 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 18:40:16 horas del 05/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1069179285,** Apellidos y Nombres **AVILA SILVA KEVIN ANTONIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Centro de salud ricaurte E.SE**, 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.

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 numero de identificacion CC 1069179285 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificacion es valida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificacion, coincidan con los aqui registrados.

Se expide en Bogotá el 07/07/2026 07:48 AM

Código Verificación: **6FTJZ3HKEW**

Válida hasta: **05/10/2026**

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 14862759791

(415)7707212489984(8020) 000001486275979 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 1 7 9 2 8 5	3	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 0 6 9 1 7 9 2 8 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVILA	SILVA	KEVIN	ANTONIO

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
VDA LAS VARAS FCA EL RECUERDO

42. Correo electrónico k1013314@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 1 9 2 9 5 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 0 0 1 1 7	8 6 9 9	2 0 2 2 0 9 1 2					

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 2022-09-12 / 02:44:07PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AVILA SILVA KEVIN ANTONIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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	2026-07-07 13:18

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KEVIN	ANTONIO	AVILA	SILVA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1069179285

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 2022 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$21.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$21.600.000,00

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 [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

SaludTotal

GIRARDOT, Julio 16 de 2026

Señor:

AVILA SILVA KEVIN ANTONIO

CC. 1069179285VRDA LAS VARAS - 2999999

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 Febrero 24 de 2026. 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
AVILA SILVA KEVIN ANTONIO	1069179285	C	Feb-24-2026	0	26	COTIZANTE	VIGENTE		Activo	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
ASISTENCIA MEDITER SAS	1069179285	Dependiente	CERRADO
KEVIN ANTONIO AVILA SILVA	1069179285	Independiente	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, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

KEVIN ANTONIO AVILA SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.179.285**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7cc50da9-112f-4194-92b0-8501720e6ee

Nombres y apellidos / Full name: **KEVIN ANTONIO AVILA SILVA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 6 9 1 7 9 2 8 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/03/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	04	04	2019		N3N99V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	GLORIA VARGAS
Hepatitis B Adultos	Primera	07	06	2019		D34Q7023BB	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	GINA LIZACANO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	28	04	2020		V502220001	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO CUMBE
COVID SINOVAC	Primera	24	02	2021		A2021010044	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO CUMBE
COVID SINOVAC	Segunda	23	03	2021	Sinovac	E202102011	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	21	01	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
COVID SINOVAC	Segundo Refuerzo	14	08	2023	Sinovac	B202109143	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Primera	14	08	2023	Sanofi Pasteur	U1F061V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Segunda	30	09	2023	Sanofi Pasteur	U1F061V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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 julio de 2026.

Firma: Kevin Avila

Nombre: KEVIN ANTONIO AVILA SILVA

Identificación: 1069179285

ReTHUS

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

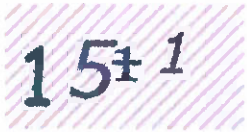
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1069179285

Primer Nombre
KEVIN

Primer Apellido
AVILA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2710

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-07→8:42:38 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1069179285	KEVIN	ANTONIO	AVILA	SILVA	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) KEVIN ANTONIO AVILA SILVA identificado(a) con CC 1069179285 registra La siguiente información:

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).

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2025-10-01 Fecha de terminación: 2025-10-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2025-10-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2026 12 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

SEGURIDAD AL PACIENTE.

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2025-10-01 Fecha de terminación: 2025-10-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2025-10-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2026 12 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO.

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2025-10-01 Fecha de terminación: 2025-10-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2025-10-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2026 12 Años FORMANDO PARA EL CAMBIO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS / SVB)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2025-10-01 Fecha de terminación: 2025-10-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2025-10-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2026 12 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2025-10-01 Fecha de terminación: 2025-10-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2025-10-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2026 12 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

ID EDUCACION EN SALUD

INDICE CATEDRATICO

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

VERIFICACION

Hace constatar que:

KEVIN ANTONIO ÁVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente a

PRUEBAS RÁPIDAS: TOMA DE MUESTRA E INTERPRETACIÓN PARA VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y C

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Intensidad
60 Horas

Fecha de Inicio
2026-07-01

Fecha de terminación
2026-07-06

Se expide en Bucaramanga
2026-07-06

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ
DIRECTOR
Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID
MAGISTER EN DOCENCIA

Fundación SAR COLOMBIA
Nuestra Responsabilidad Social Empresarial

La validez de este documento la puedes solicitar al **3213162248 – 3124165278** o al correo indicecatedratico@gmail.com

ID EDUCACION EN SALUD

INDICE CATEDRATICO

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

VERIFICACION

NIT 1143126817-2

Hace constatar que:

KEVIN ANTONIO ÀVILA SILVA

Identificado(a) con numero de documento: 1069179285

Curso y aprobó los estudios correspondiente a

ADMINISTRACIÓN SEGURADE MEDICAMENTOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Intensidad
60 Horas

Fecha de Inicio
2026-07-01

Fecha de terminación
2026-07-06

Se expide en Bucaramanga
2026-07-06

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ
DIRECTOR
Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID
MAGISTER EN DOCENCIA

Fundación SAR COLOMBIA
Nuestra Responsabilidad Social Empresarial

La validez de este documento la puedes solicitar al **3213162248 – 3124165278** o al correo indicecatedratico@gmail.com

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KEVIN ANTONIO AVILA SILVA

ha participado y aprobado el:

CURSO VIRTUAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LAS ITS, VIH, COINFECCIÓN TB/VIH Y HEPATITIS VIRALES B Y C

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública, con una duración de 120 horas

Colombia, 7 de julio de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante
OPS/OMS en Colombia

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://cursospaises.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=7863c46d-6587-43e8-a501-85a0fa238b5b

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	EMISION ORIGINAL	25-03-101013958	0

TOMADOR	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
ASEGURADO	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
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)
09 / 07 / 2026	09 / 07 / 2026	09 / 07 / 2027	09 / 07 / 2026	09 / 07 / 2027

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		$ 50,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 50,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 15,000,000.00

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 - $ 5,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********50,000,000.00	PRIMA:	$ **********91,853.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********17,452.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********109,305.00

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.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100561187271 6(3900)000000109305(96)20260823

REFERENCIA PAGO:

1100561187271-6

25-03-101013958

FIRMA AUTORIZADA

GLORIAABELLO

CLIENTE

Kevin Avila

TOMADOR

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	EMISION ORIGINAL	25-03-101013958	0

TOMADOR	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
ASEGURADO	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: KEVIN ANTONIO AVILA SILVA CC 1069179285
ASEGURADO:KEVIN ANTONIO AVILA SILVA CC 1069179285
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO
VIGENCIA: 09/07/2026 AL 09/07/2027
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 00000005-RC-001A- D001
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
LIMITE ASEGURADO: $50.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: 109.304
COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO
1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
1.2GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

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

2.EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

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	EMISION ORIGINAL	25-03-101013958	0

TOMADOR	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
ASEGURADO	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$5.000.000

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO $ 50.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $ 50.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $ 50.000.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $5.000.000
VIGENCIA $15.000.000
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

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

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

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

3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

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	EMISION ORIGINAL	25-03-101013958	0

TOMADOR	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
ASEGURADO	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

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	EMISION ORIGINAL	25-03-101013958	0

TOMADOR	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
ASEGURADO	KEVIN ANTONIO AVILA SILVA			CC	1.069.179.285
DIRECCION	CALLE 11 N 33 11 CENTRO	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8335478
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

61.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

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