REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjeria				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduria. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloria. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policia Nacional *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontologia y enfermeria)				
12	Registro usuario Secop II				
13	RUT Actualizado				
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
15	Certificado actual de afiliación EPS				
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)				
19	Formato de oferta de prestación de servicios				
20	Formato de indemnidad				
21	Formato de ARL				
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Titulos)				
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Basica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestria *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de titulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS				
39	Atención a victimas de agente quimicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a victimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatria)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				

56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado				
CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA				
SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguinea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
78	Certificación de manipulación de alimentos				
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
MANTENIMIENTO					
80	Certificado curso de alturas				
81	Certificado de apritud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
EXPERIENCIA LABORAL					
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha,20 de junio de 2026

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Luz Nely Mora Wilches

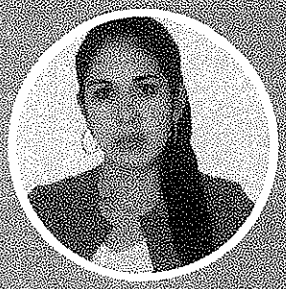
Cargo: Médico general

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Luz Nely Mora Wilches
Nombre del Contratista Luz Nely Mora Wilches

CC: 1032656297
Dirección: CL 6 V+BIS A 90 A 50
Email: luznelymorawilches01@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3232315184



LUZ NELY MORA WILCHES

luznelymoravilches01@gmail.com / moravilchesluznely@gmail.com
3232315184
CL 6 BIS A 90 A 50 KENNEDY
23 de junio de 1980
BOGOTA
Mujer
COLOMBIANA
SOLTERA

HABILIDADES

Soy una persona organizada, responsable, puntual y colaboradora

PERFIL

Soy Médico especialista en Medicina Familiar, graduada de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) Cuba. Con 2 años y 2 meses de experiencia en la especialidad, desempeñado en consulta externa en la subred Integrada de Servicios de Salud Norte, en consulta externa extramural en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, 2 meses de experiencia en procesos administrativos, en la subred Integrada de Servicios de Salud Norte, en la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud. Como médico general he ejercido un 1 año en el servicio social obligatorio, prestado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 9 meses de experiencia en ambulancia medicalizada, de la empresa GLOBAL LIFE. 10 meses en consulta externa domiciliaria en la Subred Integrada de Servicios de salud Centro Oriente.

FORMACION

MEDICO GENERAL / MEDICO FAMILIAR — sep 2009 - jul 2015

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABANA

Realice mi pregrado en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) Cuba.

MÉDICO FAMILIAR — nov 2015 - nov 2017

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABA, CUBA

Realice mi posgrado en medicina familiar en La Escuela Latinoamericana de medicina (ELAM) Cuba., titulo convalidado en el colombia.

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para el proceso de selección del puesto que solicito.

ACE Scanner

EXPERIENCIA

MEDICO FAMILIAR abr 2024 - dici 2025
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
Realizó consulta externa en la Subred Norte , sede Verbenal.

MÉDICO FAMILIAR sep 2022 - mar 2024
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Realice consulta externa domiciliaria en la subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, además de inducción y reinducción en resolución 3280 de 2018, así como en guías de práctica clínico orientadas a médicos generales.

MÉDICO FAMILIAR may 2021 - jul 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
Realice actividades administrativas relacionadas a ruta de promoción y mantenimiento dirigidas a médicos generales.

MÈDICO GENERAL feb 2019 - feb 2020
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR, SUMAPAZ
Realice el año de servicio social obligatorio, en la Subred Sur, localidad 20 de Sumapaz.

MÉDICO GENERAL jul 2020 - may 2021
GLOBAL LIFE DE AMBULANCIAS
Trabaje en la empresa Global Life de Ambulancias, como médico general, en transporte terrestre medicalizado.

MÈDICO GENERAL dic 2021 - ago 2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Realice consulta externa domiciliaria, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

CURSOS

MANEJO DEL DUELO
Curso del Manejo del Duelo realizado LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTAdo
REGIÓN DE SALUD SOACHA

CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB/BLS"
Con una Intensidad de 40 Horas,

CAPACITACIÓN DEL MÓDULO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR "RCP"
Con una Intensidad de 12 Horas,

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para el proceso de selección del puesto que solicito.

ACE Scanner

CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO "SCVA/ACLS"
Con una Intensidad de 50 Horas,

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO
Con una Intensidad de 40 Horas,

CURSO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CON AGENTES QUÍMICOS
Intensidad horaria 6 horas.

REFERENCIAS

Sirley Quintero
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
3102046406

ANGELA YAMILE MORA WILCHES
FAMILIAR
3228421755

Luz Nely Mora Wilches
LUZ NELY MORA WILCHES
CC 1.032.656.297

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales para el proceso de selección del puesto que solicito.

ACE Scanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.656.297**

MORA WILCHES

APELLIDOS

LUZ NELY

NOMBRES

Luz Nely Mora Wilches

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1990**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00106033-F-1032656297-20081021 0004662366A 3 22772469

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299704289

PIB
14:58:25

Bogotá DC, 20 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) LUZ NELY MORA WILCHES identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1032656297:

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 lunes 20 de julio de 2026, a las 14:59:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032656297
Código de Verificación	1032656297260720145946

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 03:00:47 PM horas del 20/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032656297**
Apellidos y Nombres: **MORA WILCHES LUZ NELY**

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

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, 21/07/2026 05:45:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1032656297** y Nombre: **LUZ NELY MORA WILCHES.**

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. **144251888** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitándo 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

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 1032656297 **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 20/07/2026 03:03 PM

Código Verificación: **5EHQS748A9**

Válida hasta: **18/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:10:00 horas del 20/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032656297**, Apellidos y Nombres **MORA WILCHES LUZ NELY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**, con NIT **800006850-3** 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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C10326562970033483 3
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **LUZ NELY MORA WILHCES**, identificado(a) con C.C. No. 1032656297 y T.P. o R.M. No. 1032656297 del(a) Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, no registra sanciones vigentes.

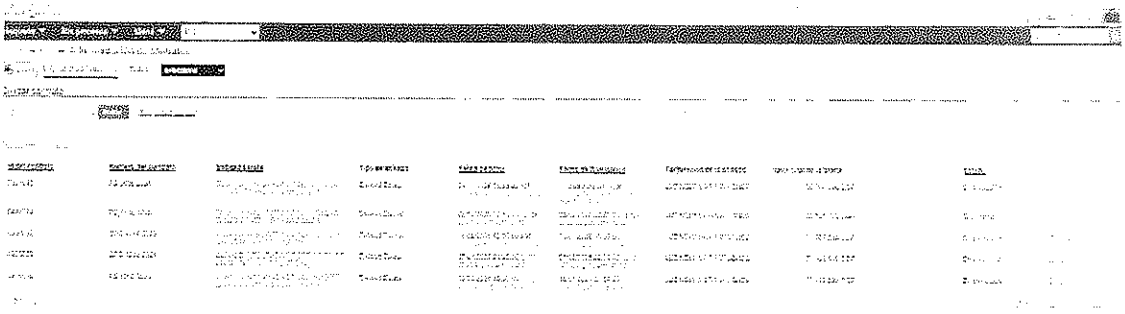
Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes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

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 20 julio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141236833629

(415)7707212489984(8020) 000014123683362 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 6 5 6 2 9 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORA	WILCHES	LUZ	NELY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 6 BIS A 90 A 50 TO 6 AP 601

42. Correo electrónico luznelymorawilches01@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 1 1 1	3 2 3 2 3 1 5 1 8 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 9 0 2 0 7					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros		Exportadores				
54. Código		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-02-20 / 11:41:36AM

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 MORA WILCHES LUZ NELY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-07-2026 03:20:54PM

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2026-06-20	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO.	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUB	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORA	WILCHES	LUZ	NELY

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X; C.E.; R.C.; NUIP	1.032.656.297	BOGOTA	2008-07-09

PASAPORTE: OTRO: CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
06/23/1990	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X; CASADO(A); DIVORCIADO(A); UNION LIBRE; VIUDO(A)	1	1	3232315184

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER; POSGRADO X; UNIVERSITARIO; BACHILLER; PRIMARIA; TECNICO X; TECNOLOGO; OTRO; CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
CL 6 BIS A 90 A 50	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3232315184

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
LUZNELYMORAWILCHES01@GMAIL.COM	N/A	PROPIA X; FAMILIAR; ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.; C.E.; R.C.; NUIP			

PASAPORTE: OTRO: CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI NO

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO; SOCIO; PROFESIONAL INDEPENDIENTE	ESTUDIANTE; CONTRATISTA X; EMPLEADO SOCIO	HOGAR; COMERCIANTE	PENSIONADO; EMPLEADO PUBLICO; OTRA....	CUAL: MEDICO

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI X	IVA	SI	NO X	8621
	NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORRETENEDOR
SI; NO X	SI; NO X	SI; NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI; NO X	SI; NO X	SUBRE DINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				
GOBIERNO; SERVICIOS SALUD X	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES; AGRICOLA; ENERGETICA; FINANCIERA; TRANSPORTE; TECNOLOGIA; ALIMENTOS; MEDICAMENTOS; OTRA; CUAL:

REGION DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra. 14b #1-45 sur	601 3283105	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL	FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	7,500,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,500,000	INMUEBLES	$ 13,000,000	SALDO HIPOTECA	$ 55,000,000
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETA DE CREDITO	$ 12,000,000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 2,500,000	PROPIEDADES	$ 119,000,000	DEUDAS TERCEROS	$ 34,000,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 3,000,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 7,500,000	TOTAL EGRESOS	$ 7,500,000	TOTAL ACTIVOS	$ 132,000,000	TOTAL PASIVOS	$ 101,000,000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N A	N A	N A	N A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar o vivir con el Cliente, el Contratante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORA	WILCHES	ANGELA	YAMILE
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
CL 6 BIS A 90 A 50	BOGOTA	HERMANA	3228421755

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N A	N A	N A	N A		N A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIONES ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MEDICO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800096850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la «Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

luz Nelly Mora Wilches

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ NELY MORA WILCHES identificado(a) con CC 1032656297 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/01/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO IPANEMA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 20 días del mes julio del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ NELY MORA WILCHES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032656297,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de julio de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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
MORA	WILCHES	LUZ NELY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1032656297	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 06 AÑO 1990

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 BIS A 90A 50 torres de tintala fase 8, torre 6 apartamento 601

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 7237292 EMAIL: luznelymorawilches01@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

DUCACIÓN 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	12	AÑO	2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		MEDICO GENERAL INTEGRAL	11	2017	si
PREGRADO	12	X		DOCTOR EN MEDICINA	07	2015	1032656297

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)

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
PARAMEDIC RESCUE ACADEMY	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	130	X		CURSOS	04	2023

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	04	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO FAMILIAR	DEPENDENCIA AMBIENTAL Y GESTION DEL RIESGO						DIRECCIÓN CARRERA 18A 187 91 Cra 18 A # 187-91, Verbenal					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	14	Mes	11	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	DEPENDENCIA GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS						DIRECCIÓN CARRERA 14B 1 45 SUR					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	16	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 5 ESTE 19 50 SUR						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS					*DIRECCIÓN* CALLE 78 82 96						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LOBAL AMBULANCIAS LIFE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	11	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE SERVICIOS AMBULATORIOS					*DIRECCIÓN* CALLE 163 16C 62						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	07	*Mes*	02	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE SEVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47B 35 SUR						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Soacha 20 de Julio de 2026

Leonor Moralwaches

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigep II

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ NELY MORA WILCHES

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1032656297 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CALLE 6 BIS A - 90A 50 torres de tintala fase 8, torre 6 TELÉFONO: 3232315184

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$9.500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$9.500.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	4884032285569	CENTRO COMERCIAL	480.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	50C-1671610	119.000.000

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ALKOSTO	LIBRE INVERSION	6.000.000
CANAPRO	VIVIENDA	60.000.000
HIJO	CRIANZA	1.500.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
TORRES DE TINTALA FASE 8	miembro de la junta

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Luz Noh Nora Wilches	Santa 20 de julio de 2016
FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Soacha, 20 de julio de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LUZ NELY MORA WILCHES , identificado(a) con cedula No. 1032656297 de BOGOTÀ, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Medico general , manifiesto he recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (**x**) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

LUZ NELY MORA WILCHES

luz Nely Mora Wilches

C.C. 1032656297

Soacha, 20 de JUNIO 2026

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo _____LUZ NELY MORA WILCHES_____ identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. ____1032656297_____de ___B O G O T À_____por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SÉPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Luz Nely Mora Wilches

LUZNELY MORA WILCHES

C.C. No. _____1032656297_____ De ___BOGOTÀ_____

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: LUZ NELY MORA WILCHES

N.° Documento: 1032656297

Fecha de Nacimiento: 2306/1990

Dirección: CL 6 BIS A 90 A 50

Teléfono. Fijo – Celular: 3232315184

E-mail: luznelymorawilches01@gmail.com

EPS: FAMISANAR

AFP: COLPENSIONES

Firma Contratista: Luz Nely Mora Wilches

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Medellín, 24 de july de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUZ NELY MORA WILCHES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032656297 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/07/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/10/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 24/07/2026 10.25 PM

Dirección IP: 185.104.165.196, 192.230.104.13, 172.16.42.57

REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 20 de junio de 2026

Señores:

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA ELAM CUBA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo LUZ NELY MORA WILCHES en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

DOCTOR EN MEDICINA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luz Nely Mora Wilches

N° Documento 1032656297

Tarjeta Profesional N° 1032656297

Dirección de contacto CL 6 BIS A 90 A 50

Teléfono 3232315184

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo, LUZ NELY MORA WILCHES_____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1032656297_____, expedida en_____BOGOTÀ___, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

Para constancia se firma en Soacha, a los 20 de Julio de 2020

Firma y huella

3232315184

Celular No.

Correo institucional

Soacha, 20 de junio de 2026.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo LUZ NELY MORA WILCHES con C.C. 1032656297, expedida en Bogotá , declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Luz Nely Mora Wilches

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C. 1032656297

R+C MÉDICA MAPFRE

PÓLIZA R.C. PROFESIONAL MÉDICOS INDIVIDUALES

RENOVACIÓN
Póliza No 6314224000249
Ref.3[illegible]
Copia

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	2	1	COMERCIO ELECTRONICO	Avenida Carrera 70 No 99 - 72	BOGOTA D.C.

TOMADOR	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
MORA WILCHES LUZ NELY	1032656297	KR 90 A # 46 - 51 SUR CA 54	BOGOTA D.C.	7237292

ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
MORA WILCHES LUZ NELY	1032656297	KR 90 A # 46 - 51 SUR CA 54	BOGOTA D.C.	7237292
ASEGURADO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	

BENEFICIARIO	NIT / CC	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
CUALQUIER TERCERO AFECTADO	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

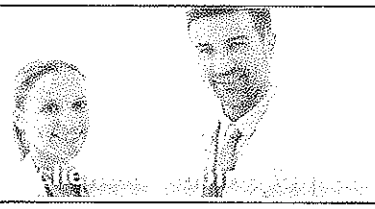
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
CLAVE DIRECTA COMERCIO ELECTRONICO	DIRECTO OR	9477	6503300	100,00

INFORMACIÓN DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO						
DÍA	MES	AÑO		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS		HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
5	5	2026	INICIACIÓN	00:00	25	4	2026	365	INICIACIÓN	00:00	25	4	2026	365
			TERMINACIÓN	00:00	25	4	2027		TERMINACIÓN	00:00	25	4	2027	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD	MEDICINA FAMILIAR
ESPECIALIDAD	MEDICINA FAMILIAR
DIRECCION DEL RIESGO	
DEPARTAMENTO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
CIUDAD	BOGOTA D.C.



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	$200.000.000,00	10% PERD Min 1[illegible] (PESO COLOMBIANO)
Gastos de defensa	$50.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	$200.000.000,00	10% PERD Min 1[illegible] (PESO COLOMBIANO)
Asistencia medica emergencia	$200.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro

R+C

Contacta con nosotros:

Sí 24

Comunícate al
01 8000 519 991 a nivel nacional,
601 307 7024 desde Bogotá,
o desde tu celular al #624

Ingresa a nuestra web en
www.mapfre.com.co

¿Necesitas asistencia?

316 783 8556

VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
$ 161.534,00	$ 20.000,00	$ 181.534,00	$ 34.491,00	$ 216.025,00

(415)7707289180029(8020)032107629613(3900)0000216025(96)20250425

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACION MANUAL

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIR A LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: LUZ NELY MORA WILCHES

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR CLASE 1

VIGENCIA: 25-04-2025 AL 25-04-2027

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

e R.C. como consecuencia de cualquier acto médico e derivado de la prestació n de servicios profesionales de atención en salud de las personas.

e R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalme nte aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: $ 200.000.000

e R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 5 0% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en e l límite asegurado básico y no en exceso de este.

e Gastos judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia E ste valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en ex ceso de éste.

e PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor es tá incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

PRIMA ANUAL SIN IVA 161.534

DEDUCIBLES:

e Básico 10% MÍNIMO $ 1.000.000 e No opera para Gastos Médicos e Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITU D FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERC IO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

e R.C. Extracontractual e Bienes bajo cuidado tenencia y control e Restablecimiento automático de valor asegurado. e E r r o r e s e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. e R e n o v a c i ó n automática e R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativos e Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de u na cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de acciden te. e Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. e C u a l q u i e r Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante l iposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medic amentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en otro sentido en la presente póliza, este seguro excluye cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, cost e o gasto de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o derivado de o en relación con una enfermedad tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya de manera simultánea o en cualquier otra secuencia a ella.

2. Tal como se utiliza en el presente documento, se entiende por enfermedad transmisible toda enfermedad que pueda ser transmitida por medio de cualqui r sustancia o agente desde un organismo cualquiera a otro organismo, en la p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la tranam isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A Firma Autorizada

CLAUSULAS

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET.

AMPAROS

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER 'ACTO MÉDICO' DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LIMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

DEDUCIBLES:

PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL ACTOS MÉDICOS, RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MÉDICO AUXILIAR O DEPENDIENTE: 10 % PERD MIN $1.000.000 (PESOS COLOMBIANOS).

PARA DEMÁS EVENTOS: 10% PÉRDIDA.

NO SE OTORGA

EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

R.C. EXTRACONTRACTUAL.

IENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.

R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.

CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIABILIDAD O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048, CÓDIGO DE COMERCIO).

RÉGIMEN COMÚN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCIÓN 2607 DE DICIEMBRE 2012. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5096 DE JUNIO 31 DE 2013.
ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

Luz Nely Mora Muñoz
TOMADOR

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luz Nely

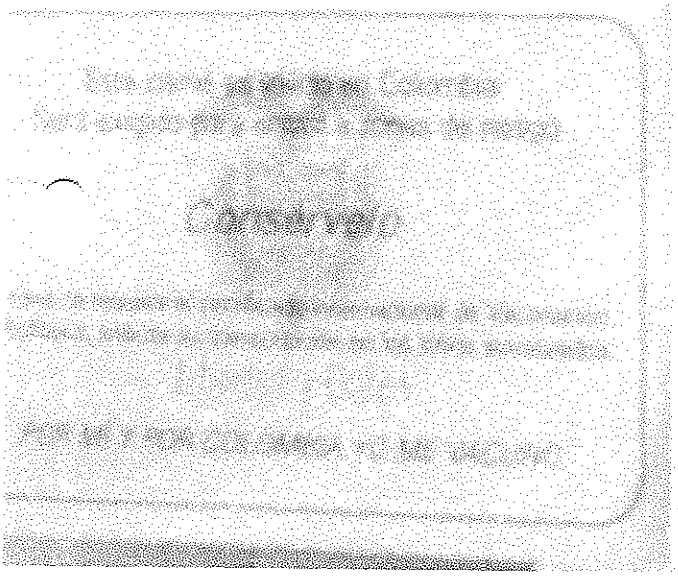
Apellidos: Hora Wilches

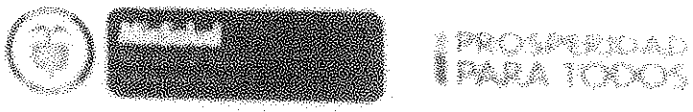
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

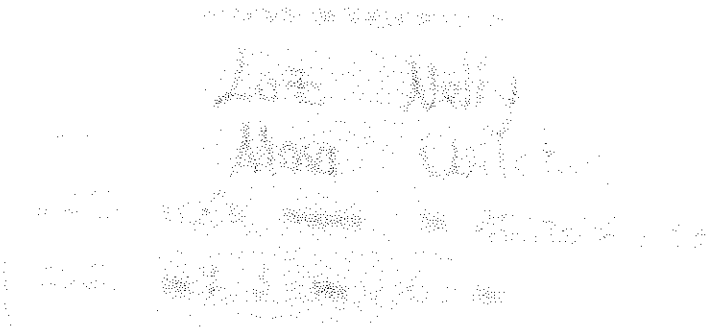
No. 1032656299

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06/03/2021	Pfizer	EN1195	CAPS Chapinero	David Osorio	1026302587
	2	27-03-2021	pFIZER	EN1195	caps Chapinero	Angela Diaz	1033754233
		05. DIC. 2021	Moderno	940875	EPS Sanitas UAP TOBERÍN	Diana Lancheros G. C.C. 1.019.072.557 Aux. Enfermeria	




PROSPERIDAD
PARA TODOS



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	05 febrero 2019	[illegible]	[illegible]
oide Tetánico Diftérico Td	1	03/04/18	Intervax D2289	[illegible]
	2			
	3	05 febrero 2019	22150 [illegible]	[illegible]
	4	29-01-2020	22150153/18 07/20	[illegible]
	5	29-01-2021	23501318B	Sandra
Contra Hepatitis B	1	[illegible] 2019	[illegible]	[illegible]
	2	01-03/19	RECOMBAX UEX19002	Elizabeth
	3	02-06/19	RECOMBAX	Pedro
	R	03-09/20	RECOMBAX UEC20003	Camilo

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	05/06/18	[illegible]	[illegible]
Virus de Papiloma Humano				
DPTa	Unica	06/06/18	[illegible]	[illegible]

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	A QUIEN INTERESE		
Dir :		Nit :	
Fecha: 02 DE JUNIO DE 2024	Cargo:	MÉDICO FAMILIAR	
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico ----------	Retiro ---------- / Trabajo en alturas NO

TRABAJADOR

Apellidos	MORA WILCHES	Nombres	LUZ NELLY
ID:	1.032.656.297	Tel:	3232315184
Sexo FEM	Edad 32	Potación	MÉDICO FAMILIAR
Diestro SI	Zurdo		

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRIA/ VISIOMETRIA: SI	AUDIOMETRIA ----------
OSTEOMUSCULAR SI	ELECTROCARDIOGRAMA ----------	ESPIROMETRIA ----------
GLICEMIA ----------	COLESTEROL ----------	TRIGLICERIDOS ----------
Otros ----------		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones ----------	Puede continuar su labor ----------
Apto con restricciones que no limitan su labor ----------	Puede continuar con reubicación laboral ----------
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio ----------
Aplazado por restricciones ----------	Examen de retiro con patología ----------
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto ----------

Restricciones medicas ocupacionales

NO PRESENTA

OBSERVACIONES: ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: ----------
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. ----------
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. ----------
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias ----------
Otras: NO PRESENTA	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	Luz Nelly Mora Wilches c.c. 1032656297 CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud. TRABAJADOR EXAMINADO	Indice derecho

v 1- 2.023

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
LEGALIZACION

País: REPUBLICA DE COLOMBIA
(Country: - Pays:)

El presente documento público
(This public document - Le présent acte public)

Ha sido firmado por: HERNANDEZ RIAÑO CESAR EMIGDIO
(Has been signed by:
A été signé par:)

Actuando en calidad de: CONSUL GENERAL
(Acting in the capacity of:
Agissant en qualité de:)

Lleva el sello/estampilla de: MISIONES DE COLOMBIA EN EL EXTERIOR
(Bears the seal/stamp of:
Est revêtu du sceau de/timbre de:)

Certificado
(Certified - Attesté)

En: BOGOTA - EN LÍNEA
(At: - Á:)

El: 7/5/2018 6:28:42 a. m.
(On: - Le:)

Por: APOSTILLA Y LEGALIZACIÓN
(By: The Ministry of Foreign Affairs of Colombia - Par: Ministère des Affaires Étrangères de la Colombie)

No: L2SHF62849552
(Under Number: - Sous le numéro:)

Nombre del Titular: LUZ NELY MORA WILCHES
(Name of the holder of document:
Nom du titulaire:)

Tipo de documento: DIPLOMA DE GRADO PREGRADO MEDICINA
(Type of document: - Type du document:)

Número de hojas: 1
(Number of sheets: - Nombre de feuilles:)

070041006069259 30 Expedido (mm/dd/aaaa): 07/30/2018

Firmado Digitalmente por: (Digitally Signed by:)
Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia
MARIA LUCIA FERNANDEZ CARDENAS
Reason: DOCUMENT AUTHENTICITY
BOGOTA - COLOMBIA

El Ministerio de Relaciones Exteriores, no asume la responsabilidad por el contenido del documento legalizado.

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el Registro Electrónico que se encuentra en la siguiente página
The authenticity of this document may be verified by accessing the e-Register on the following web site:
L'authenticité de cette document peut être vérifiée en accédant l'e-Registre sur le site web suivant:

www.cancilleria.gov.co/legalizaciones

REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

Doctora en Medicina

a favor de:

Luz Nely Mora Vilches

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la carrera, el día 7 del mes de julio del año 2015.

En testimonio de lo cual, se inscribe en la ciudad de La Habana a los 8 días del mes de julio del año 2015.

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en tomo 11 folio 30 número 745 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES
Registrado en tomo 1 folio 260 número 10450 de la Secretaría de la Facultad de Medicina - Camagüey

Yo, ... Lic. María de los Ángeles ... Asesora Jurídica del Ministerio de Salud Pública, Por la presente:

CERTIFICO: Que la firma del funcionario que antecede es auténtica por la semejanza que guarda con la que acostumbra a usar en sus actos oficiales.

Dado en La Habana a los 22 días del mes de junio de 20 15

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN JURÍDICA

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
HABANA - CUBA
FIRMAS REGISTRADAS - LEGITIMACIÓN SOCIAL/CERTIFICADO ESTUDIO
El La Cónsul de Colombia
CERTIFICA

Que RAUL SANCHEZ ATENCIO ... FUNCIONARIO DE LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS CONSULARES Y DE CUBANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR (DACCRE) ...

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia no asume responsabilidad por el contenido del documento.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA
CESAR EMIGDIO HERNANDEZ RIAÑO
CONSUL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación AFCPHZE113415725

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

DD 058913

... Que al proveer la firma que antecede del funcionario ... en el registro y con la que acostumbra a usar en sus actos oficiales ... para efectos legales en el exterior.

Dado en La Habana a los 14 JUL. 2015

MINREX
Raúl Sánchez Atencio

REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:

Primer Grado en Medicina General Integral

a favor de:

Dra. Luz Nely Mora Wilches

en atención a que ha cumplido los requisitos establecidos y realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día 25 *, del mes de* noviembre *, del año* 2017.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana, a los 08 *días, del mes de* diciembre *, del año* 2017 .

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en el tomo 3 folio 246 número 6088 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES

Registrado en el tomo 4 folio 32 número 797 del Registro de Títulos de la Facultad de Ciencias Médicas Camagüey

República de Cuba H171624
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRE

CERTIFICO: Que al parecer la firma que antecede del funcionario autorizante de este documento, es auténtica por la semejanza que guarda con la que obra en el registro y con la que al acostumbra a usar en sus actos oficiales.
En fe de lo cual autorizo la presente con mi firma y el sello de este ministerio.
Funcionario autorizado para certificar autenticaciones de firmas de documentos para surtir efectos legales en el exterior.

Marianela Sánchez Rodríguez
Dado en La Habana a los 21 DIC. 2017
MINREX

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
LA HABANA - CUBA
FIRMAS REGISTRADAS - PRESTACIÓN SOCIAL/CERTIFICADO ESTUDIO
El (La) Cónsul de Colombia
CERTIFICA

Que MARIANELA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, quien firma y otorga el presente documento, ejercita legalmente a la fecha aquí expresada el cargo de FUNCIONARIO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS CONSULARES Y DE CUBANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR (DACCRE), y que la firma y sello en el documento aparecen como suyos, son los que usa y acostumbra en todos sus actos.

El Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, no asume responsabilidad por el contenido del documento.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE COLOMBIA
LUIS FERNANDO CORDOBA VILLOTA
CONSUL
Firmado Digitalmente

Derechos	EUR 17,00
FONDO ROTATORIO	EUR 17,00

Fecha de Expedición: 05 febrero 2018

Inscripción No.: 1

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:AFCSCF19350200

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana Km. 3½ Santa Fe,
Playa, La Habana, Cuba.

LICENCIADA DAYAMY FUENTES GUANCHE, SECRETARIA GENERAL DE LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, LA HABANA, REPÚBLICA DE CUBA.

CERTIFICO QUE: Luz Nely Mora Wilches
Procedente de: COLOMBIA
graduado(a) de DOCTOR(A) en MEDICINA, en este Centro de Educación Médica Superior culminó sus estudios el día: siete de julio de dos mil quince manteniendo durante los años de la carrera, tanto en el área de las Ciencias Básicas como en el área clínica una conducta satisfactoria y buena praxis.

El título está expedido con fecha: ocho de julio de dos mil quince registrado en el tomo 11 folio 30 número 745 correspondiente al libro de registros de graduado del centro y tomo 1 folio 260 número 10450 del registro de graduados de la facultad de ciencias médicas: Camagüey

El título así como los demás documentos expedidos y programas de estudio, lo habilitan para ejercer como Médico General en todo el Territorio Nacional.

ASÍ MISMO CERTIFICO QUE: Este centro pertenece a la red de centros universitarios del país para las especialidades de Medicina con todas las funciones y facultades inherentes a esta rama de la Educación Superior acorde con la Ley 1307 de 1976 dictada por el órgano legislativo de la República de Cuba y el acuerdo No 3878 con fecha 31 de enero de 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, acordando categorizar a la Escuela Latinoamericana de Medicina como centro de Educación Superior adscripto al Ministerio de Salud Pública.

Y para surtir efecto fuera del territorio nacional, se expide el presente documento en La Habana, República de Cuba, el diez de julio de dos mil quince.

Lic. Dayamy Fuentes Guanche
Secretaria General
ELAM

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
LA HABANA - CUBA
[illegible]
[illegible]
CERTIFICA

[illegible]

[illegible]

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DE CUBA	Documento	Elaborado
CESAR EMILIO HERNANDEZ RIANO	RELACIONADOS	EMA SUAZO
CONSUL		
Firmado Digitalmente	Fecha de Expedición: 29/10/2015	
	Número de Hoja: 1	

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:A*CPHZE112518960

Lic. Víctor Pablo [illegible], Jefe de la Oficina de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud Pública. Por la presente, CERTIFICO: Que la firma del funcionario que antecede es auténtica por lo consiguiente que puede con la que actualmente a usar en sus actos oficiales.
Dado en La Habana a los [illegible] días del mes de [illegible] de 2015.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
OFICINA JURIDICA
CIUDAD REPUBLICA DE CUBA

ESCUDO
[illegible]

RD 050314
República de Colombia
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACORE

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
CONSULADOS TIPO
ZOEXTER

[illegible]

14 JUL 2016

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Carretera Panamericana Km 31½
Santa Fe, Playa, La Habana, Cuba.

SECRETARIA GENERAL DE LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA , LA HABANA
REPÚBLICA DE CUBA

CERTIFICO QUE: **Luz Nely Mora Wilches**

PROCEDENTE DE: **Colombia**

Es graduado (a) de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Culminó sus estudios en este centro de Educación Médica Superior manteniendo durante los años de su especialidad una conducta satisfactoria y buena praxis.

El examen estatal lo realizó el dia veinticinco de noviembre de dos mil diecisiete

El título está expedido con fecha ocho de diciembre de dos mil diecisiete

Registrado en el tomo 3 folio 246 número 6088 correspondiente al libro de registro de graduados del centro y tomo 4 folio 32 número 797 del registro de graduados de la facultad de Medicina CAMAGÜEY

Los demás documentos expedidos lo habilitan para ejercer como Especialista en todo el territorio nacional.

ASI MISMO CERTIFICO QUE este centro pertenece a la red de centros universitarios del país para las especialidades de Medicina con todas sus funciones y facultades inherentes a esta rama de la Educación Superior acorde con la ley 1307 de 1976 dictada por el órgano legislativo de la República de Cuba que establece la estructura de especialidades y especializaciones para la Educación Superior y el acuerdo Nº 3878 con fecha 31 de enero de 2001 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, acordando categorizar a la Escuela Latinoamericana de Medicina como centro de Educación Superior adscripto al Ministerio de Salud Pública.

Y para surtir efecto dentro del territorio nacional, se expide el presente documento en La Habana, República de Cuba el diecinueve de diciembre de dos mil diecisiete

Zenia Díaz Catalá
Secretaria General Elam

ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA
Secretaría General

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
LA HABANA - CUBA
NOTAS ENCUADERNADAS - PRESENTACIÓN SOCIAL CERTIFICADO ESTUDIO
El (la) Cónsul de Colombia
CERTIFICA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:AFCSCCF10180938

CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA
CUBA

EXENTO
[illegible]

República de Cuba
Ministerio de Relaciones Exteriores
DACCRC
H169120

11 DIC. 2008

La salud es de todos

Minsalud

COLOMBIANA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C. 1032656297

MEDICO

Escuela Latinoamericana de Medicina

Cuba

Grado: 08/07/2015

Refrendado: 24/03/2020

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ESP	Extranjero	Medicina Familiar	2020-06-11	70017	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Extranjero	Medicina	2020-03-24	65155	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTA, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	2019 02-07	2020 02-06	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

[illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

019593 27 DIC 2018

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No. 14705 del 21 de agosto de 2018

CONSIDERANDO:

Que LUZ NELY MORA WILCHES, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.656.297, presentó para su convalidación el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 8 de julio de 2015, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. CNV-2018-0005301.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 16° de la Resolución 20797 del 09 de octubre de 2017, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: *"Los títulos del área de la salud deben ser sometidos únicamente al criterio de evaluación académica a cargo de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior – CONACES, órganos o pares evaluadores".*

Que el 25 de octubre de 2018, los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de MÉDICA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 8 de julio de 2015, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, a LUZ NELY MORA WILCHES, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.656.297, como equivalente al título de MÉDICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para el ejercicio de la profesión se deberá realizar la respectiva inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud según lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO TERCERO.- La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO CUARTO.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

MAYTE BELTRÁN VENTERO

Proyectó: CALOZANO - 30 de octubre de 2018
Revisó: GSIERRAL - Profesional del Grupo de Convalidaciones
Revisó: EARIAS - Coordinadora del Grupo de Convalidaciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN No.

009208 11 JUN 2020

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 017562 del 31 de diciembre de 2019

CONSIDERANDO

Que LUZ NELY MORA WILCHES, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1032656297, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL, otorgado el 8 de diciembre de 2017, por la institución de educación superior ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2019-EE-194233.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que mediante Resolución número 019593 de 27 de diciembre de 2018, este Ministerio convalidó el título de doctora en medicina, otorgado el 8 de julio de 2015, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, como equivalente al título de MÉDICA.

Que en virtud del artículo 24°, parágrafo 4. de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: "La solicitud de convalidación de títulos de pregrado y posgrado del área de la salud se surtirá exclusivamente baje el criterio de evaluación académica...".

Que en virtud de los artículos 17 y 18 de la Resolución 10687 del 09 de octubre de 2019, uno de los criterios aplicables para efectos de la convalidación de títulos de educación superior otorgados por instituciones extranjeras, es el de Evaluación Académica. En el referido precepto normativo se lee lo siguiente: "Criterio aplicable al proceso de convalidación, mediante el cual la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES o el órgano evaluador que el Ministerio de Educación Nacional designe para el efecto, estudia, valora y emite un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permita o niegue la convalidación del título." (...) "El presente criterio tiene como finalidad, estudiar, valorar y emitir un concepto sobre la formación académica adquirida en el exterior por el solicitante, con relación a los programas ofertados en el territorio nacional, que permitan o nieguen la convalidación del título, a través de un análisis técnico integral, en el que se evalúan aspectos como: i) contenidos, ii) carga horaria del programa académico, iii) duración de los periodos académicos, y iv) modalidad. (...) La evaluación académica también resulta procedente para: i) determinar con certeza el nivel académico o de la formación obtenida; ii) establecer la denominación del título a convalidar; iii) establecer el área y núcleo básico del conocimiento, de acuerdo con la clasificación establecida en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES o el que haga sus veces; iv) aclarar evaluaciones académicas, anteriores o presentes,

que sean contrarias respecto de títulos con la misma denominación; o, v) establecer la existencia de diferencias o similitudes entre títulos obtenidos por un mismo solicitante, en virtud de programas que otorguen doble titulación del mismo nivel de formación."

Que el día 2 de abril de 2020 los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior - CONACES, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es reconocido como ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL, otorgado el 8 de diciembre de 2017, por la institución de educación superior ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA, CUBA, a LUZ NELY MORA WILCHES, ciudadana colombiana, identificada con cédula de ciudadanía No. 1032656297, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO. - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO. - La convalidación a cargo del Ministerio de Educación Nacional y la autorización para el ejercicio profesional a cargo de los Colegios o Agremiaciones Profesionales corresponden a trámites de diferente naturaleza, el primero, orientado al reconocimiento de efectos académicos de un título de educación superior conferido en el exterior y el segundo, referido a la inscripción del profesional en los registros públicos mediante los cuales se le habilita para su ejercicio profesional, en consecuencia, la decisión de convalidar un título no conlleva la autorización para el ejercicio profesional.

ARTÍCULO TERCERO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación y contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán ser interpuestos en la diligencia de notificación personal o dentro de los diez (10) días siguientes a ella o a la notificación por aviso al tenor de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.

EL SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

Proyectó: Liliana Gómez Estupiñan - 16 de abril de 2020
Revisó: Paul Andres Sayago Porras
Aprobó: GERMÁN ALIRIO CORDÓN GUAYAMBUCO

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá, Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación de:

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Certificar que en **PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S**, realizó y Aprobó satisfactoriamente el **CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS,** Finalizado el 13 de Abril del 2025 con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, se expide conforme a la Ley 1971 del 31 de Julio de 2019. Decreto 1033 de 2014; Resoluciones 4568 de 2014 y 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social. Comunicado del ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la Ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

Registro Folio No. **AQ 4253** LR FPR

Expedida el 13 de Abril del 2025 Vence el 13 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

C E R T I F I C A

QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Bajo la Ley 1971 del 31 de Julio de 2019 Decreto 1033 de 2014 Resoluciones 4568 de 2014 y 3100 del 2019 del Min. Protección. Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Con una Intensidad Académica de **40** Horas, Finalizado el 13 de Abril del 2025

Registro Folio No. AQ 4253 FPR Expedido el 13 de Abril de 2025 Vence el 13 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS,** Realizado en Paramedic Rescue Academy S.A.S. Finalizado el 13 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, Se Expide conforme a la Ley 1971 del 31 de Julio de 2019 Decreto 1033 de 2014 Resolución 4568. Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8 del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No AQ 4253

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

CONTENIDO TEMATICO

- **Módulo 01**
- Las Quemaduras por Agentes Químicos
- Productos Químicos Utilizados en el Ataque
- Clasificación de los agentes químicos
- Fisiopatología
- **Módulo 02**
- Magnitud de los Ataques con Agentes Químicos
- Ámbito Normativo
- Instrumentos internacionales
- Marco nacional
- Resolución 4568 de 2014.
- Ley 1639 de 2013
- Violencias de Género
- Situación epidemiológica
- Impacto psicológico
- Proceso de duelo
- **Módulo 03**
- Atención en el Lugar de la Agresión
- Primeros Auxilios
- Derechos en salud de las víctimas de ataques con agentes químicos
- Pasos para la atención prehospitalaria
- Dimensiones de la atención psicosocial
- **Módulo 04**
- Atención en el Servicio de Urgencias
- Asistencia al Lesionado
- Protocolo en el servicio de urgencias
- Recolección de Evidencia Forense
- Reporte SIVIGILA y Registro RIPS
- **Módulo 05**
- Referencia a Unidad de Quemados
- Protocolo de Referencia
- Referencia a Unidad de Quemados
- Unidad de Quemados
- Manejo Ambulatorio
- **Módulo 06**

VIDEOS DE APOYO
DE TODOS LOS MÓDULOS

AGENTES QUÍMICOS

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá, Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación de:

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO

Certificar que en **PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S**, Realizo y Aprobó satisfactoriamente el **CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO,** finalizado el 09 de Abril del 2025 con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) horas, se expide en Cumplimiento a la Ley 1257 Art 8 del 2008, y las resoluciones 459 del 2012 y 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Comunicado del Ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

Registró Folio No. **V5650 L4RP** FPR

Expedida el 09 de Abril del 2025 Vence el 09 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIERREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaria de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

VIOLENCIA SEXUAL

C E R T I F I C A
QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en:

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N.º 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N.º 1330 del 22 de Abril de 1999 Emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá y la Resolución 0459 de 2012 Y 3100 de 2019 , del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con una Intensidad Académica de **40** Horas, Finalizado el 09 de Abril del 2025

Registro Folio No. **V5650** LR FR **Expedido el 09 de Abril de 2025 Vence el 09 de Abril del 2027**

ANA MILENA GUTIERREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO** realizado en Paramedic Rescue Academy S.A.S , Finalizado el 09 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, este curso se dictó según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaria de Educación . Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No V5650

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

CONTENIDO TEMATICO

- **Módulo 01**
- Definiciones
  Violencia Sexual y Sub tipos
- Violación/asalto sexual
- **Módulo 02**
- Modelo de Atención Integral (parte1)
- Tema1: Recepción de la Víctima
- Paso2 Aspectos Claves
- Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación(Resolución 459, 2012)
- Tema2: Valoración clínica inicial
- Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual.
- **Módulo 03**
- Modelo de Atención Integral (parte2)
- Tema1: Terapéutica Inicial Especializada
- Tema2: Acciones en Salud Mental
- Tema3: Rol Diferencial Por Sectores
- **Módulo 04**
- Vigilancia Epidemiológica y Seguimiento
- Tema1: Parámetros de Vigilancia
- Seguimiento en la línea del tiempo
- Tema2: Evaluación de Calidad y Oferta de Servicios
- **Módulo 05**
- Coordinación intersectorial
- Tema1: Políticas y Programas
- Tema2: Talento Humano en Salud
- Tema3: Análisis de Resultados
- **Módulo 06**
  VIDEOS DE APOYO
  DE TODOS LOS MÓDULOS

VIOLENCIA SEXUAL

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá, Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación
Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación de:

CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL DUELO

Certificar que en **PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S**, Realizó y Aprobó satisfactoriamente el **CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL DUELO,** finalizado el 17 de Abril del 2025 con una Intensidad Académica de Sesenta (60) Horas, Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8 del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, Leyes 1257 Art.8 del 2008, Ley 1639 Art 5 del 2013, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015 (artículo 2.6.6.8). Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

Registró Folio No. **GID 8076 LR** FPR

Expedida el 17 de Abril del 2025 Vence el 17 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

http://fundacionparamedicrescue.com
Academyparamedicrescuesas@gmail.com
Tel:3124062182 Bogotá Colombia

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaria de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

C E R T I F I C A

QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL DUELO

Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994
Con una Intensidad Académica de **60** Horas, Finalizado el 17 de Abril del 2025

Registro Folio No. GID8076 Expedido el 17 de Abril de 2025 Vence el 17 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIERREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO Y GESTIÓN DEL DUELO** Realizado en Paramedic Rescue Academy S.A.S Finalizado el 17 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de sesenta (60) horas. Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaria de Educación . Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No GID8076

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO

CONTENIDO TEMATICO

- **Módulo 01**
- Qué es el duelo
- Generalidades del duelo
- Tipos de duelo
- **Módulo 02**
- Duelo por muerte
- El duelo anticipatorio: el principio del fin
- Duelo por enfermedad crónica
- **Módulo 03**
- Duelo en diferentes poblaciones y contextos
- Abordaje del duelo en la infancia y la adolescencia
- Concepción de la muerte según el ciclo evolutivo
- **Módulo 04**
- Duelo en otros contextos
- Duelo por divorcio o ruptura amorosa
- Fases del duelo por separación
- Duelo por pérdida de empleo
- Duelo por amputación de un miembro
- **Módulo 05**
- Elaboración del duelo
- Humanización del duelo
- Rituales de duelo
- ¿Cómo ayudar a alguien que ha sufrido una pérdida?
- Escucha con el corazón
- El duelo y los sentimientos
- **Módulo 06**
- **VIDEOS DE APOYO DE TODOS LOS MÓDULOS**

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: julio 23, 2026

REGIÓN DE SALUD
SOACHA

PARAMEDIC RESCUE
Academy S.A.S
Centro de entrenamiento Colombiano

NIT No 901393683-4 / Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional
Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Registro Folio No DXFA 1290

CONFIERE CERTIFICADO A:

LUZ NELY MORA WILCHES

Identificada con C.C No. 1.032.656.297

Curso y Aprobó Satisfactoriamente el Curso en :

DX Y MANEJO EN VISCEROTOMIA (FIEBRE AMARILLA)

Con una Intensidad Académica de **50 Horas**, Finalizado el 15 de Julio del 2026

Expedido el 15 de Julio de 2026 Vence el 15 de Julio del 2028

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S
DIRECTORA GENERAL

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

21

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S
Coordinación Académica

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

ACE Scanner

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: academyparamedicrescuesas@gmail.com

Curso de
Diagnóstico
y manejo clínico
del **Dengue**

PARAMEDIC RESCUE Academy S.A.S
Centro de entrenamiento Colombiano

NIT No 901393683-4 / Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Del Ministerio de Educación Nacional
Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994

Registro Folio No DMD 1552

CONFIERE CERTIFICADO A:

LUZ NELY MORA WILCHES

Identificada con C.C No. 1.032.656.297

Curso y Aprobó Satisfactoriamente el Curso en :

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

Con una Intensidad Académica de **48 Horas**, Finalizado el 18 de Julio del 2026

Expedido el 18 de Julio de 2026 Vence el 18 de Julio del 2028

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S
DIRECTORA GENERAL

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

21

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S
Coordinación Académica

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

En cumplimiento del Decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Para validación: academyparamedicrescuesas@gmail.com

PDF Scanner ACE Scanner

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá, Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en:

CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO "SCVA/ACLS"

Certificar que en **PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S** Realizo y Aprobó Satisfactoriamente el **CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO "SCVA/ACLS" Protocolos 2020/2025",** Finalizado el 20 de Abril del 2025 con una Intensidad Académica de Cincuenta (50) Horas, este curso se dictó según guías internacionales de la American Heart Association (AHA) 2020 - 2025, la Federación Interamericana del Corazón (FIC) y el Comité Nacional de Resucitación (CNR). Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8 del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

Registro Folios No. **C6759** R FPRP

Expedida el 20 de Abril del 2025 Vence el 20 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIERREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

SCVA

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaria de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

C E R T I F I C A

QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO "SCVA/ACLS"

Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994
Con una Intensidad Académica de **50 Horas**, Finalizado el 20 de Abril del 2025
Registro Folio No. **C6759** LR FPR **Expedido el 20 de Abril de 2025 Vence el 20 de Abril del 2027**

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO "SCVA/ACLS". "Protocolos 2020/2025"**, Realizado en PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S Finalizado el 20 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de Cincuenta (50) Horas, este curso se dictó según guías internacionales de la American Heart Association (AHA) la Federación Interamericana del Corazón (FIC) el Comité Nacional de Resucitación (CNR). Comunicado del ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaria de Educación . Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No C6759

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

CONTENIDO TEMATICO

PROTOCOLO DE RCP EN TIEMPOS DE COVID-19

- Manejo Avanzado de la vía aérea
- Ritmos Fundamentales de SCVA/ACLS
- Ritmos Desfibrilables y No Desfibrilables
- Vías Para administración de Medicamentos
- Síndromes Coronarios Agudos
- Accidente Cerebrovascular agudo
- Bradicardia sintomática
- Sedación y Electroestimulación
- Aspectos legales, éticos y Humanos de SCVA/ACLS
- RCP y asfixia en adultos y niños
- Aptitudes incluidas: ventilación con bolsa-mascarilla
- DEA en adultos y niños. RCP y asfixia en lactantes
- Soporte vital avanzado para mujeres embarazadas
- Paro respiratorio o cardíaco asociado a sobredosis de opiáceos
- Pacientes con órdenes de NO reanimación (ODNR)(NR)
- TALLER DE ARRITMIAS (MÉDICOS Y JEFES DE ENFERMERÍA)
- Aptitudes incluidas: ventilación con bolsa-mascarilla y RCP por dos (02) reanimadores
- Tratamientos posteriores a la reanimación

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá, Resolución No 1043 del Ministerio de Protección Social, Licencia No 4461 de 29/04/2013 del Ministerio de Salud, se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009 de Educación informal, no requiere registro de Secretaría de Educación Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

CERTIFICA QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB/BLS"

Certificar que en **PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S** Realizo y Aprobó satisfactoriamente el **CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB/BLS"** Protocolos 2020/2025" Finalizado el 20 de Abril del 2025 con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, este curso se dictó según guías internacionales de la American Heart Association (AHA) 2020 - 2025, la Federación Interamericana del Corazón (FIC) y el Comité Nacional de Resucitación (CNR). Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, la educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaría de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

Registro Folios No. **B5681** LR FPRP

Expedida el 20 de Abril del 2025 Vence el 20 de Abril del 2027

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaria de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

C E R T I F I C A

QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en :

CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB/BLS"

Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994
Con una Intensidad Académica de **40 Horas** Finalizado el 20 de Abril del 2025
Registro Folio No. **B5681** LR FPR **Expedido el 20 de Abril de 2025 Vence el 20 de Abril del 2027**

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB/BLS" ."Protocolos 2020/2025"**, Realizado En PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S Finalizado el 20 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de Cuarenta (40) Horas, este curso se dictó según guías internacionales de la American Heart Association (AHA) la Federación Interamericana del Corazón (FIC) el Comité Nacional de Resucitación (CNR). Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8 del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaria de Educación . Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No B5681

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

CONTENIDO TEMATICO

- **Módulo 01**
  Reanimación Cardiopulmonar
- Conceptos generales
- Cadena de supervivencia
- Paro cardíaco intrahospitalario
- Paro cardíaco extra hospitalario
- **Módulo 02**
- Soporte Vital Básico para Niños
- Cadena de supervivencia
- Uso del DEA en Niños
- Signos del paciente que ha salido de paro
- **Módulo 03**
- Fases de la reanimación neonatal
- Consideraciones especiales Neonatales
- Aspectos claves
- **Módulo 04**
- Obstrucción de la Vía Aérea
- Prevención y diagnóstico
- Tratamiento
- Aspectos claves
- **Módulo 05**
- Consideraciones Especiales
- Ventilaciones de rescate
- Ventilaciones con dispositivo avanzado para la vía aérea
- Emergencia con riesgo vital asociada al consumo de opiáceos
- **Módulo 06**
- **VIDEOS DE APOYO DE TODOS LOS MÓDULOS**

"Capacitamos Para Salvar Vidas"

PARAMEDIC RESCUE ACADEMY S.A.S

NIT 901393683 – 4 Matrícula No 0003260313 Cámara de Comercio de Bogotá
Educación Informal Según Decreto Ley 1075 del Ministerio de Educación Nacional se rige bajo el numeral 5.8 del artículo 1 del Decreto 4904 de 2009, de Educación informal, no requiere registro de Secretaria de Educación. Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M

RCP & DEA

C E R T I F I C A

QUE:

LUZ NELY MORA WILCHES

C.C No. 1.032.656.297 de Bogotá D.C

Cumplió Satisfactoriamente con la:

CURSO DE RCP Y MANEJO DEL DEA

Basado en la Resolución 3100 del 25 Noviembre de 2019 del Min. Protección Social
Dictado en Cumplimiento del Artículo 5.8 del Decreto 4904 de 2009 de Educación o ley 115 de 1994
Con una Intensidad Académica de **12 Horas** Finalizado el 20 de Abril del 2025
Registro Folio No. **R8690** LR **Expedido el 20 de Abril de 2025 Vence el 20 de Abril del 2027**

ANA MILENA GUTIÉRREZ MANRIQUE
Fonoaudióloga ECR
Directora Paramedic Rescue Academy S.A.S

DIEGO FERNANDO ORTEGA VARGAS
Coordinación Académica
Paramedic Rescue Academy S.A.S

Contenido Programático del **CURSO DE RCP Y MANEJO DEL DEA Protocolos 2020/2025"**, Finalizado el 20 de Abril del 2025, con una Intensidad Académica de Doce (12) horas, este curso se dictó según guías internacionales de la American Heart Association (AHA) la Federación Interamericana del Corazón (FIC) el Comité Nacional de Resucitación (CNR). Comunicados por el ministerio de Educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994, el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE y el acuerdo 056 del Ministerio de Protección Social para impartir programas de educación en el trabajo y el desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, educación informal no conduce a título o certificado de aptitud ocupacional - Decreto 1075 de 2015. Siendo el objetivo brindar oportunidad para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas; no requiere registro de Secretaria de Educación . Convenio Vigente con el Cuerpo Internacional de Emergencias C.I.E.M.

REGISTRO CURSO No R8690

Para Verificar la Autenticidad del Certificado
academyparamedicrescuesas@gmail.com
Fundacion.paramedic@gmail.com
Tel: 312 4062182 Bogotá Colombia

Código QR Verificación

CONTENIDO TEMATICO:

1. **Evaluación de la escena y la víctima.**
- **2. Activación de la respuesta a emergencias médicas.**
- **3. Emergencias médicas frecuentes.**
- **4. Lesiones y hemorragias con peligro vital.**
- **5. Parada cardíaca, RCP y uso del DEA.**
- **6. Reanimación cardiopulmonar básica y uso del DEA RCP en Adultos**
- **7. RCP en Niños y Lactantes.**
- **8. Que es el Desfibrilador Automático Externo "DEA".**
- **9. Correcto uso del DEA**
- **10. Uso del DEA en adultos, niños y lactantes.**
- **11.Lección del módulo del manejo de la OVACE y RCP en adultos, niños y lactantes**

*** PROTOCOLO DE RCP EN TIEMPOS DE COVID-19**

Manejo de la Obstrucción de las Vías Aéreas por Cuerpo Extraño (OVACE)

Reanimación Cerebro-Cardio-Pulmonar (RCCP) en adultos: Por Uno y dos rescatadores

CAPACITACION RCP

"Capacitamos Para Salvar Vidas"