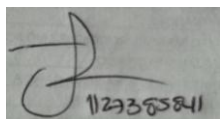


|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL<br/>SAN JUAN DE DIOS ESE<br/>Puerto Carreño - Vichada</p> | <p align="center"><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA</b><br/><b>PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO</b></p> <p align="center">CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL</p> <p align="center"><b>MÉDICO</b></p> |  | <p><b>Versión:</b> 5</p> <p><b>Código:</b> GTH-FT-64</p> <p><b>Fechas:</b> 27/08/2025</p> |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                           |

|                                 |                                |    |                       |               |
|---------------------------------|--------------------------------|----|-----------------------|---------------|
| <b>Nombre del Postulante:</b>   | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON |    | <b>Contacto:</b>      | 3208329293    |
| <b>Identificación:</b>          | <b>Tipo Documento:</b>         | CC | <b>Nº. Documento:</b> | 1.127.385.841 |
| <b>Profesión / Oficio:</b>      | MEDICO GENERAL.                |    | <b>Municipio:</b>     | Pto. Carreño  |
| <b>Correo Electrónico</b>       | gissrodriguez22@gmail.com      |    | <b>Fecha</b>          |               |
| <b>Cargo Al Que Se Postula:</b> | MEDICO GENERAL.                |    | <b>Área:</b>          | Asistencial   |

| No.            | DETALLE                                                                                                                                                                                                 | QUIEN REGULA                                               | VERI. |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|
| 1              | CURSO MISIÓN MEDICA                                                                                                                                                                                     | Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretaría de Salud V. |       |
| 2              | SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO 2 AÑOS VIGENCIA                                                                                                                                                         | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 3              | CERTIFICADO EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL                                                                                                                                                  | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 4              | CERTIFICADO DE CONSEJERÍA PARA VIH                                                                                                                                                                      | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 5              | CERTIFICADO EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (personal hospitalario)                                                                                                           | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 6              | CERTIFICADO EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO (personal hospitalario)                                                                                                               | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 7              | CURSO ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO                                                                                                                                                                 | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 8              | CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                             | Política Humanización Institucional                        |       |
| 9              | CERTIFICADO DE ATENCIÓN INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA –AIEPI CLÍNICO                                                                                                              | Resolucion 3280 de 2018                                    |       |
| 10             | ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS                                                                                                                                             | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 11             | DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y MANEJO INTEGRAL Y PACIENTES (ADULTOS, PEDIÁTRICO Y NEONATAL)-AREA UCI                                                                                                | Sentencia C-355 de 2006                                    |       |
| 12             | CONSTANCIA DE ASISTENCIA O CURSO EN LAS ACCIONES DE FORMACIÓN CONTINUA EN MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO                                                                                          | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 13             | CERTIFICACIÓN VIGENTE DE APROBACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE DONANTE EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (TODO PERSONAL MÉDICO Y ESPECIALISTAS) | Decreto 3100 de2019                                        |       |
| 16             | DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD ( 5 TEMAS CADA UNA CON CERTIFICADO)                                                                                  | Minsiterio de Salud                                        |       |
| 17             | DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS                                                                                                                                                             | SDV- Minsiterio de Salud                                   |       |
| <b>VACUNAS</b> |                                                                                                                                                                                                         |                                                            |       |
| 1              | COVID 19                                                                                                                                                                                                | X                                                          |       |
| 2              | FIEBRE AMARILLA                                                                                                                                                                                         | X                                                          |       |
| 3              | TOXOIDE TETANICO                                                                                                                                                                                        | X                                                          |       |
| 4              | HEPATITIS B                                                                                                                                                                                             | X                                                          |       |
| 5              | INFLUENZA                                                                                                                                                                                               | X                                                          |       |



Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpjos.

Jefe Talento Humano

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |                            |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | <b>E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS</b><br><b>PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO</b><br><b>REQUISITOS Y ORDEN DE ENTREGA HOJAS DE VIDA</b><br><b>PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL</b> |                            | Versión: 7<br>Código: GTH-FT-39<br>Fechas: 19/06/2026 |
|                                                                                   | Unidad Administrativa <input type="text" value="Oficina Jurídica"/>                                                                                                                                  |                            |                                                       |
|                                                                                   | Serie Documental <input type="text" value="Contratos"/>                                                                                                                                              |                            |                                                       |
|                                                                                   | Subserie <input type="text" value="Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión"/>                                                                                                      |                            |                                                       |
| Nombre de la Carpeta <input type="text" value="JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON"/>  |                                                                                                                                                                                                      | Área: <input type="text"/> | Fecha: <input type="text"/>                           |

| No. | DETALLE                                                                                                                                                                                    | APLICA |    | Fecha de Verificación de Documento / Código de Verificación | No. Folios |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|-------------------------------------------------------------|------------|
|     |                                                                                                                                                                                            | SI     | NO |                                                             |            |
| 1   | Necesidad.                                                                                                                                                                                 |        |    |                                                             |            |
| 2   | Solicitud y Certificación de Inclusión al PAA.                                                                                                                                             |        |    |                                                             |            |
| 3   | Solicitud y Certificación de Talento Humano de Inexistencia del Cargo.                                                                                                                     |        |    |                                                             |            |
| 4   | Solicitud y Certificación de Disponibilidad Presupuestal.                                                                                                                                  |        |    |                                                             |            |
| 5   | Estudios Previos.                                                                                                                                                                          |        |    |                                                             |            |
| 6   | Invitación a Presentar Propuesta                                                                                                                                                           |        |    |                                                             |            |
| 7   | Propuesta para Contrato de Prestación de Servicios.                                                                                                                                        | X      |    |                                                             |            |
| 8   | Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).                                                                                                          | X      |    |                                                             |            |
| 9   | Declaración de Bienes y Rentas, Declaración de conflicto de intereses, Persona expuesta políticamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019                                                 | X      |    |                                                             |            |
| 10  | Certificación Bajo Gravedad de Juramento.                                                                                                                                                  | X      |    |                                                             |            |
| 11  | Fotocopia del Documento de Identidad.                                                                                                                                                      | X      |    |                                                             |            |
| 12  | Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.                                                                                                                                         | X      |    |                                                             |            |
| 13  | RETHUS (Personal Asistencial).                                                                                                                                                             |        | X  |                                                             |            |
| 14  | Certificado de la Situación Militar (Hombres).                                                                                                                                             |        | X  |                                                             |            |
| 15  | Licencia de Conducción Vigente (Conductores Ambulancia).                                                                                                                                   |        | X  |                                                             |            |
| 16  | Título Profesional Y/O Acta de Grado (Resolución de Convalidación - Extranjeros).                                                                                                          | X      |    |                                                             |            |
| 17  | Título y/o Acta de Grado. (Bachillerato - Carrera Técnica - Profesional - Post-Grado).                                                                                                     | X      |    |                                                             |            |
| 18  | Soporte Estudios Diferentes del Numeral 16 y 17.                                                                                                                                           |        | X  |                                                             |            |
| 19  | Certificación de Otros Cursos Realizados.                                                                                                                                                  | X      |    |                                                             |            |
| 20  | Certificado cursos - MIPG - (Modulo Fundamentos Generales MIPG; los 8 modulos del MIPG; Modulo Auditoria MIPG); Integridad - Transparencia y lucha contra la corrupción (Función Pública). | X      |    |                                                             |            |
| 21  | Certificado Laboral (Experiencia).                                                                                                                                                         | X      |    |                                                             |            |
| 22  | Rut (Vigente).                                                                                                                                                                             | X      |    |                                                             |            |
| 23  | Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).                                                                                                       | X      |    |                                                             |            |
| 24  | Certificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).                                                                                                                               | X      |    |                                                             |            |
| 25  | Certificado de Antecedentes Contraloría (Fiscales) - (Vigente).                                                                                                                            | X      |    |                                                             |            |
| 26  | Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).                                                                                                                     | X      |    |                                                             |            |
| 27  | Certificado de Antecedentes Policía (Penales) - (Vigente).                                                                                                                                 | X      |    |                                                             |            |
| 28  | Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).                                                                                                                      | X      |    |                                                             |            |
| 29  | Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).                                                                               | X      |    |                                                             |            |
| 30  | Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).                                                                                                                                            | X      |    |                                                             |            |
| 31  | Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).                                                                                                                                          | X      |    |                                                             |            |
| 32  | Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).                                                                                                                                       | X      |    |                                                             |            |
| 33  | Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).                                                                                                                                                | X      |    |                                                             |            |
| 34  | Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)                                                                                                       | X      |    |                                                             |            |
| 35  | Autorización de tratamiento de datos personales                                                                                                                                            | X      |    |                                                             |            |
| 36  | Certificado de Idoneidad.                                                                                                                                                                  |        |    |                                                             |            |
| 37  | Contrato - Condiciones Anexas.                                                                                                                                                             |        |    |                                                             |            |
| 38  | Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).                                                                                                                                                 |        |    |                                                             |            |
| 39  | Soporte de inicio en la plataforma Secop II                                                                                                                                                |        |    |                                                             |            |
| 40  | Acta de Modificación (Adición - Prórroga - Aclaración -. Suspensión - Reinicio - Terminación anticipada - Otro Si).                                                                        |        |    |                                                             |            |
| 41  | Cuenta de Cobro (Certificado unico de pago, Informe Contratista, Soporte Pago PILA, Comprobante de Egreso, Comprobante de Pago).                                                           |        |    |                                                             |            |



Puerto Carreño Vichada, 06 de agosto del 2026.

**GERENTE**

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS PUERTO CARREÑO

**Asunto:**

Presentación de propuesta para la prestación de servicio como **MEDICO GENERAL**.

De manera muy atenta y respetuosa me dirijo a usted para presentar mis actividades como MEDICO GENERAL. para el hospital Departamental San Juan De Dios. Desarrollando las siguientes actividades:

1. Garantizar liderazgo en el servicio de hospitalización y unidad de Cuidado Intermedio.
2. Presar en forma inmediata la atención de urgencias, diligenciando los documentos de remisión, interconsulta y órdenes médicas cuando se requieran.
3. Dar la atención al paciente de acuerdo a su grado de compromiso o afectación, previamente clasificado en el triage.
4. Prestar en forma inmediata la atención de urgencias y hacer la remisión de los pacientes de acuerdo al sistema de referencia y contra referencia.
5. Identificar y clasificar por grado de severidad la patología por la cual el paciente consulta.
6. Orientar la atención del paciente hasta estabilizar su cuadro clínico, minimizando con cada acción los factores de riesgo.
7. Mientras se logra la estabilización se debe definir el nivel de complejidad que el paciente requiere para la continuidad de su atención, con lo cual garantice la recuperación.
8. En caso de que el paciente pueda ser manejado en la institución, se determina la conducta a seguir y se transfiere a las otras unidades funcionales. (Observación, Procedimientos, hospitalización, unidad cuidados intermedios, consulta especializada).
9. Si el paciente requiere manejo de un II o III nivel, efectuar los trámites administrativos asistenciales inherentes a la remisión de los pacientes de acuerdo al sistema de referencia y contra referencia, buscando garantizar la oportuna y correcta ubicación de los usuarios en el nivel correspondiente.

10. De acuerdo a cada uno de los protocolos de atención, se asegura que el paciente reciba el correspondiente tratamiento, se realiza seguimiento de la evolución, para finalmente darle de alta con las recomendaciones médicas respectivas.
11. Asignar fechas de controles posteriores ambulatorios
12. Referir a la especialidad respectiva de acuerdo a su evolución
13. Aplicar normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio y correcto diligenciamiento de registros y de historias clínicas.
14. Coordinar el recibo y entrega de pacientes hospitalizados
15. Participar activamente en las revistas médicas
16. Participar en las juntas médicas
17. Realizar periódicamente las rondas de enfermería y diseñar el plan de cuidado del paciente
18. Vigilar la calidad de las dietas indicadas para cada paciente, según la orden médica.
19. Garantizar la Revisión y cumplimiento las órdenes médicas
20. Garantizar el cumplimiento de la administración de medicamentos de acuerdo a "Los 10 correctos"
21. Minimizar los eventos adversos e infecciones intrahospitalarias.
22. Prestar atención médica general, formular, diagnosticar y prescribir el tratamiento que deben seguir los usuarios, conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínicas de manejo.
23. Prestar la atención requerida a los usuarios de acuerdo a los criterios enmarcados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad relacionado con la oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y racionalidad técnico científica.
24. Efectuar exámenes de medicina general a fin de establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento de acuerdo a la especialidad requerida de manera oportuna.
25. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico, elaborar las fichas de notificación correspondiente al sivegila de los eventos de interés en salud pública con base en los protocolos y adoptar las medidas conducentes para aminorar sus efectos.

26. Prescribir o realizar procedimientos especiales para ayuda en el diagnóstico o en el manejo de los usuarios según sea el caso.
27. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
28. Realizar interconsulta y remitir pacientes a médicos especialistas cuando se requieran siguiendo las normas del sistema de remisión de pacientes.
29. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia
30. Realizar procedimientos de baja complejidad a pacientes hospitalizados, urgencias o ambulatorios, y controlar a los pacientes que estén bajo su cuidado.
31. Seleccionar e identificar pacientes para darle ingreso al programa de PyM de: recién nacidos, niños, adultos mayores, hipertensos, diabéticos, y demás población objetivo.
32. Diligenciar las fichas de notificación obligatoria de los eventos de salud pública de conformidad con el procedimiento establecido.
33. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
34. Efectuar consultas y actividades de medicina general en promoción y prevención, según el área de desempeño, con criterios de calidad de conformidad con los lineamientos y políticas institucionales establecidas.
35. Prestar atención médica general, formular, diagnosticar y prescribir el tratamiento que deben seguir los usuarios, conforme a lo establecido en los protocolos o guías de manejo.
36. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico y adoptar las medidas conducentes para aminorar sus efectos. Prescribir o realizar procedimientos específicos para ayuda en el diagnóstico o en el manejo de los usuarios según sea el caso.
37. Diligenciar en la historia clínica del usuario los avances y progresos del tratamiento del PYM.
38. Realizar vigilancia epidemiológica, Control Prenatal, Planificación Familiar, Crecimiento y desarrollo y diferentes programas de promoción y prevención que ayude al desarrollo de la población.

39. darle ingreso al programa de PyM a través de atención inicial para: de recién nacidos, niños, adultos mayores, hipertensos, diabéticos, y demás población objetivo.
40. Participar en la evaluación e impacto de la prestación de los servicios.
41. Participar en las actividades de salud extramural que sean programadas.
42. Diligenciar en forma organizada y oportuna los diferentes registros médicos y estadísticos.
43. Identificar y clasificar y demanda inducida los usuarios para remitirlos a los programas especiales (Hipertensión Arterial, Diabetes, Tuberculosis, Hansen, Leishmaniasis, Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH, sífilis etc.).
44. Orientar a los usuarios sobre trámites a seguir de acuerdo a las órdenes médicas.
45. Asistir a la revista médica de acuerdo con la programación que sea establecida.
46. Participar en la evaluación y actualización de los procedimientos de las áreas de su competencia, con el propósito de optimizar la utilización de los recursos disponibles y garantizar la calidad de los servicios a los usuarios.
47. Aplicar las normas universales de bioseguridad y las específicas según las labores diarias que realice.
48. Aplicar normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio y correcto diligenciamiento de registros y de historias clínicas.
49. Realizar diagnóstico diferencial por medio del diagnóstico de ecografías realizadas en los procesos de consulta externa, urgencias, hospitalización y unidad de cuidados intermedios.
50. Realizar las tele consultas – Telemedicina, asignadas y de responsabilidad del servicio en el que se encuentre.
51. Participar en la elaboración de protocolos necesarios en los diferentes servicios de la institución.
52. Aplicar las normas, guías y protocolos establecidos que garanticen la adecuada prestación del servicio, de conformidad con los lineamientos institucionales.
53. Realizar socialización de las guías y protocolos de manejo según su especialidad y designación

54. Participar en socializaciones talleres y las estrategias de educación continuada en el marco de la estrategia Acciones Inmediatas en Hospitales AIH liderada por el Ministerio de Salud.
55. Realizar y/o participar en un mínimo de cinco capacitaciones, talleres, socializaciones mensuales de educación continuada como fortalecimiento personal y de los procesos que se llevan a cabo en la institución.
56. Adoptar obligatoriamente las rutas de atención integral en salud según resolución 3280 de 2018 y la resolución 276 de 2019.
57. Realizar informes mensuales para las aseguradoras de las actividades realizadas en los programas de promoción y prevención.
58. Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
59. Verificar e informar oportunamente los inconvenientes presentados en el funcionamiento de los equipos de propiedad del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.
60. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
61. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
62. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
63. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato
64. Realizar el debido diligenciamiento de las historias clínicas basándonos en la resolución 1995 de 1999, evitando que los procesos no justificados como lecturas de paraclínicos e imágenes diagnósticas, no cargue de insumos y medicamentos generen los respectivos glosas, para lo cual se les entrega el respectivo formato de responsabilidad el cual al ser reiterativo deberán ser asumidos por el profesional a cargo.
65. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la

vigencia 2025 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales

Que manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en la presente propuesta de prestación de servicios son veraces, (artículo 5o. de la ley 190/95). que he declarado únicamente la verdad en la información suministrada, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias jurídicas y de cualquier índole que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información o declaraciones contenidas en la presente propuesta.

Atentamente:



**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

C.C 1.127.385.841

Celular: 3208329293

Correo: [gissrodriguez22@gmail.com](mailto:gissrodriguez22@gmail.com)

Usuario secopII: Jazmin\_riodriguez\_54



## FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>RODRIGUEZ                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>CHACON                                                                                                                                                | NOMBRES<br>JAZMIN GISELA                                                                                |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1127385841 | GENERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                                           | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                                                                                                                                                  | D.M.                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DIA 11 MES 03 AÑO 1990<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO VICHADA<br>MUNICIPIO PUERTO CARREÑO             | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>SEGUNDA CUADRA CASA 15 VIRGILIO BARCO<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA<br>MUNICIPIO PUERTO CARREÑO<br>TELÉFONO 3208329293 EMAIL gissrodriguez22@gmail.com |                                                                                                         |

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|----|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|--------------------------------|-------|-----|-----------------|--------------------|-------------------|------|--|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA                                                                                                                                       |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ) |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                               |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     | TÍTULO OBTENIDO |                    | BÁSICA SECUNDARIA |      |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |                         |          |    |                                                                   | SECUNDARIA  |      |                            |                                | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |                    |                   |      |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2°                      | 3°       | 4° | 5°                                                                | 6°          | 7°   | 8°                         | 9°                             | 10°   | 11° | MES             | 12                 | AÑO               | 2006 |  |
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                                                                                      |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:                                                                           |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| TC (TÉCNICA)                                                                                                                                                   |                         |          |    | TL (TECNOLÓGICA)                                                  |             |      |                            | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) |       |     |                 | UN (UNIVERSITARIA) |                   |      |  |
| ES (ESPECIALIZACIÓN)                                                                                                                                           |                         |          |    | MG (MAESTRÍA O MAGISTER)                                          |             |      |                            | DOC (DOCTORADO O PHD)          |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).                                                                 |                         |          |    |                                                                   |             |      |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| MODALIDAD ACADÉMICA                                                                                                                                            | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO                          | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
|                                                                                                                                                                |                         | SI       | NO |                                                                   | MES         | AÑO  |                            |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| POSTGRADO                                                                                                                                                      | 2                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 12          | 2023 | 37176                      |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |
| PREGRADO                                                                                                                                                       | 10                      | X        |    | MEDICINA GENERAL                                                  | 07          | 2014 | 86367                      |                                |       |     |                 |                    |                   |      |  |

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN                    | MODALIDAD                                     | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |      |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------|----|-----------------------------------------------|-------------|------|
|                                |                                               |                 | SI       | NO |                                               | MES         | AÑO  |
| NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120             | X        |    | CURSOS COMPLEMENTARIOS                        | 08          | 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<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     |                                                 | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                          | 04           | Mes | 07      | Año | 2025                                            | Día             | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  |  | DEPENDENCIA<br>PEDIATRIA Y GINECOOBSTETRICIA |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                              |              |     |         |     |                                                 |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                              | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                  |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                             |              |     |         |     |                                                 | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                          | 15           | Mes | 05      | Año | 2025                                            | Día             | 30 | Mes | 06 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  |  | DEPENDENCIA<br>HOSPITALIZACION ADULTO        |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>BARRIO LA PRIMAVERA                |                 |    |     |    |     |      |



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                 |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|---------------------------------------------------|-----------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                           | 01           | Mes | 01      | Año | 2025                                              | Día             | 30 | Mes | 04 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>BARRIO LA PRIMAVERA                  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                           | 05           | Mes | 07      | Año | 2024                                              | Día             | 31 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GEENERAL                      |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIAS              |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>BARRIO LA PRIMAVERA                  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                           | 01           | Mes | 01      | Año | 2024                                              | Día             | 30 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENEAL                        |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>BARRIO LA PRIMAVERA                  |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                           | 01           | Mes | 09      | Año | 2023                                              | Día             | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |  |                                               |              |     |         |     |                                                   |                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |  |                                               | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                  |                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO                   |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                        |                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  |  | FECHA DE INGRESO                              |              |     |         |     |                                                   | FECHA DE RETIRO |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  |  | Día                                           | 01           | Mes | 03      | Año | 2023                                              | Día             | 31 | Mes | 08 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIA               |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIM, AVERA |                 |    |     |    |     |      |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                 |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|----------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO          |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD       |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                  |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                  | 03 | Mes          | 02 | Año     | 2023 | Día                              | 28 | Mes | 02 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  | DEPENDENCIA<br>ADMI-ASISTENCIAL      |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                        |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN                          |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO          |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD       |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                  |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                  | 01 | Mes          | 01 | Año     | 2023 | Día                              | 31 | Mes | 01 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO MEDICO GENERAL                  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIAS     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                        |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO          |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD       |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                  |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                  | 02 | Mes          | 12 | Año     | 2022 | Día                              | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENEAL                        |  | DEPENDENCIA<br>AREA URGENCIA         |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>BARRIO LA PRIMAVERA |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO          |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD       |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                  |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                  | 01 | Mes          | 09 | Año     | 2022 | Día                              | 30 | Mes | 11 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO MEDICO GENERAL                  |  | DEPENDENCIA<br>CONSULTA DE URGENCIAS |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                        |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                      |    |              |    |         |      |                                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |                                      |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                 |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO          |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD       |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5654009                                            |  | FECHA DE INGRESO                     |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                  |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                  | 01 | Mes          | 04 | Año     | 2022 | Día                              | 31 | Mes | 08 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE URGENCIAS     |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN                        |    |     |    |     |      |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                     |    |              |    |              |      |                                             |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|----|--------------|----|--------------|------|---------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO |  |                                     |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VICHADA                                         |  | MUNICIPIO<br>PUERTO CARREÑO         |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                       |  | FECHA DE INGRESO                    |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                             |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                 | 01 | Mes          | 01 | Año          | 2022 | Día                                         | 30 | Mes | 03 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL                       |  | DEPENDENCIA<br>ADMI-ASISTENCIAL     |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN                                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                     |    |              |    |              |      |                                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL 1 |  |                                     |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                            |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO          |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3108158087                                         |  | FECHA DE INGRESO                    |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                             |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                 | 19 | Mes          | 06 | Año          | 2019 | Día                                         | 14 | Mes | 01 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  | DEPENDENCIA<br>MEDICINA LABORAL     |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 47 A 30 08 barrio caudal |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                     |    |              |    |              |      |                                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL 1 |  |                                     |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                            |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO          |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3108158087                                         |  | FECHA DE INGRESO                    |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                             |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                 | 01 | Mes          | 11 | Año          | 2018 | Día                                         | 31 | Mes | 05 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>123/2013 CONTRATISTA                 |  | DEPENDENCIA<br>ATENCION PRIORITARIA |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN                                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                     |    |              |    |              |      |                                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL 1 |  |                                     |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA      |      | PAÍS<br>COLOMBIA                            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                            |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO          |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3108158087                                         |  | FECHA DE INGRESO                    |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                             |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                 | 21 | Mes          | 06 | Año          | 2017 | Día                                         | 13 | Mes | 10 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                          |  | DEPENDENCIA                         |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN<br>calle 47a barrio caudal        |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                      |  |                                     |    |              |    |              |      |                                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>UCC VILLAVICENCIO                          |  |                                     |    | PÚBLICA      |    | PRIVADA<br>X |      | PAÍS<br>COLOMBIA                            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                            |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO          |    |              |    |              |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6614300                                            |  | FECHA DE INGRESO                    |    |              |    |              |      | FECHA DE RETIRO                             |    |     |    |     |      |
|                                                                 |  | Día                                 | 09 | Mes          | 02 | Año          | 2016 | Día                                         | 08 | Mes | 02 | Año | 2017 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL DE URGENCIAS          |  | DEPENDENCIA                         |    |              |    |              |      | DIRECCIÓN<br>BARZAL CALLE 36 #35-70         |    |     |    |     |      |

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                         |  |  |                                 |         |     |              |     |                            |     |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------|---------|-----|--------------|-----|----------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE DEPARTAMENTAL - VILLAVICENCIO             |  |  |                                 | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA           |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                               |  |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO      |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>6610200                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO            |     |    |     |    |     |      |
|                                                                    |  |  | Día                             | 24      | Mes | 11           | Año | 2014                       | Día | 23 | Mes | 11 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE MEDICINA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>cll 37 # 4180 |     |    |     |    |     |      |

### 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE                                                                                     |  |  |                             |         |      |              |      |                    |      |    |      |    |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------|---------|------|--------------|------|--------------------|------|----|------|----|------|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS EMPRESARIALES<br>EDUCACIÓN Y SALUD -CORSALUD- |  |  |                             | PÚBLICA |      | PRIVADA<br>X |      | PAÍS<br>COLOMBIA   |      |    |      |    |      |      |
| DEPARTAMENTO<br>META                                                                                         |  |  | MUNICIPIO<br>VILLAVICENCIO  |         |      |              |      | CORREO ELECTRÓNICO |      |    |      |    |      |      |
| TELÉFONOS                                                                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO            |         |      |              |      | FECHA DE RETIRO    |      |    |      |    |      |      |
|                                                                                                              |  |  | Día:                        | 15      | Mes: | 01           | Año: | 2020               | Día: | 15 | Mes: | 12 | Año: | 2020 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD                                                                 |  |  | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO |         |      |              |      | DIRECCIÓN          |      |    |      |    |      |      |

### 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 4                     | 6     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 1                     | 10    |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 11    |

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

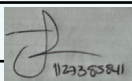
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Puerto Carreño - Vichada, 06 de agosto del 2026.



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

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-08-06 11:17**

|                               |                |                 |                  |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Nombres y apellidos completos |                |                 |                  |
| Primer nombre                 | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| JAZMIN                        | GISELA         | RODRIGUEZ       | CHACON           |

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Documento de identificación      |                          |
| Tipo <b>CEDULA DE CIUDADANIA</b> | Número <b>1127385841</b> |

|                      |                             |                                 |  |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Lugar de nacimiento  |                             |                                 |  |
| País <b>COLOMBIA</b> | Departamento <b>VICHADA</b> | Municipio <b>PUERTO CARREÑO</b> |  |

|                      |                             |                                 |  |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Lugar de domicilio   |                             |                                 |  |
| País <b>COLOMBIA</b> | Departamento <b>VICHADA</b> | Municipio <b>PUERTO CARREÑO</b> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO</b> |                                 |
| Lugar de sede                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                 |
| País <b>COLOMBIA</b>                                                                                                                                                                                                                                 | Departamento <b>VICHADA</b>                       | Municipio <b>PUERTO CARREÑO</b> |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                            | <b>["avenida orinoco N° 10-43"]</b>               |                                 |
| Cargo o función que cumple                                                                                                                                                                                                                           | <b>CONTRATISTA</b>                                |                                 |

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

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**

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

**1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS**

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

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$111.600.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                  |
| Gastos de representación            |                  |
| Arriendos                           |                  |
| Honorarios                          |                  |
| Otros ingresos y rentas             |                  |
| TOTAL                               | \$111.600.000,00 |

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

| Tipo de cuenta    | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA                 | \$150.000,00                                                            |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País     | Departamento | Municipio      | Valor           |
|--------------|----------|--------------|----------------|-----------------|
| VAHICULO     | COLOMBIA | VICHADA      | PUERTO CARREÑO | \$52.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|-------------------------------------------|------|------------------|------|
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas:      Sí ☐      No ☒

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
|               |                |                 |                  |

Tipo documento       Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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



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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |
|                   |       |      |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí ☐      No ☒

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

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
|                |       |
|                |       |
|                |       |
|                |       |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí ☐      No ☒

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

|  |
|--|
|  |
|--|

Ciudad y Fecha: PUERTO CARREÑO – VICHADA, 06 DE AGOSTO DEL 2026

Empresa: **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**

**Ref.:** Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

### **CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Yo **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.127.385.841** expedida en **PUERTO CARREÑO VICHADA**, para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: **SI (X) NO ( )**
2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI ( ) NO (X)**
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI ( ) NO (X)**
4. Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. **SI ( ) NO (X)**
5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. **SI (X) NO ( )**
6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. **SI ( ) NO (X)**

Cordialmente

  
**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**  
**CC 1.127.385.841**

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

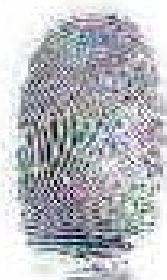
NÚMERO 1.127.385.841

RODRIGUEZ CHACON

APELLIDOS  
JAZMIN GISELA

NOMBRES

*[Firma]*  
Firma



IMPRESIÓN DEDIL

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1990

PUERTO CARREÑO  
(VICHADA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

G.S. RH

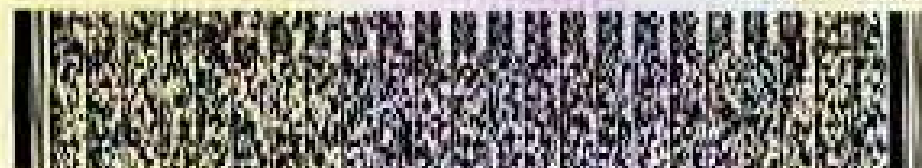
F

SEXO

11-AGO-2008 PUERTO CARREÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GARCIA



X(500100-01076405) F-1127385841-00180524

0065504405A 2

0008114571



MINSALUD



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON

C.C o C.E. 1127385841

Profesión u Ocupación

**MEDICO**

Especialidad

Institución de Educación

**E. LATINOAMERICANA DE MEDICINA**

Ciudad **LA HABANA, CUBA**

Fecha de expedición diploma

**09/07/2014**

Fecha de inscripción RETHUS

**13/01/2016**





# *Tribunal Nacional de Ética Médica*

*Ley 23 / 81 - Artículo 63*

C112738584100129980

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ETICA MEDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificado(a) con C.C. No. 1127385841 y T.P. o R.M. No. 1127385841 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 25 de marzo de 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

  
**BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA**  
Presidente



*Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-*

*(601)6279975 Bogotá D. C. E - Mail*

*[antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org](mailto:antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org),*

*[www.tribunalnacionaldeeticamedica.org](http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org) [antecedentestribunal@outlook.com](mailto:antecedentestribunal@outlook.com)*



Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

1127385841

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*

6176

Cambiar

6384

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-07-26→10:18:16 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|---------------------|
| CC                  | 1127385841          | JAZMIN        | ISELA          | RODRIGUEZ       | CHACON           | Vigente                | <a href="#">Ver</a> |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JAZMIN ISELA RODRIGUEZ CHACON identificado(a) con CC 1127385841 registra La siguiente información:

2026-07-26→10:18:16 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora       |
|---------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| UNV           | Extranjero              | Medicina              | 2015-12-14                               | 0                   | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación            | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Modalidad Prestación                                             | Programa Prestación | Entidad Reportadora       |
|-----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Presto SSO      | Local                 | COLOMBIA META PUERTO GAITÁN | 2014-11-24   | 2015-11-23 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina            | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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



## SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

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

## Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)





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:*

### Jazmín Gisela Rodríguez Chacón

*por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios  
y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la  
carrera, el día 8, del mes de julio, del año 2014.*

*En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana  
a los 9 días, del mes de julio, del año 2014.*

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en tomo 10 folio 95 número 2374 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES  
Registrado en tomo 3 folio 494 número 3094 de la Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas P. del R.



RESOLUCION N° 006

*"Por medio de la cual se concede una Licencia para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo a un Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 4502 de 2012"*

**LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE VICHADA**

*En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en la Ley 09 de 1979, Ley 1562 de 2012 y Resolución 4502 de 2012,*

**CONSIDERANDO**

Que la señora **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con C.C No 1.127.385.841 adelantó estudios en la Corporación Universitaria Iberoamericana como **Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo**.

Que la señora **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con C.C No 1.127.385.841, Profesional en Medicina, y, **Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo**, solicitó a la Secretaría Departamental de Salud para que esta otorgue Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la Secretaría Departamental de Salud de Vichada, ha verificado y convalidado la información allegada por la señora **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con C.C No 1.127.385.841, Profesional en Medicina, y, **Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo**, Para la expedición de la Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que la secretaria Departamental de Salud, como Autoridad Sanitaria aplicará sanciones correspondientes en especial a las estipuladas en la Ley 09 de 1979, cuando la persona natural o Jurídica haga uso indebido del permiso para la prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo expedida por la presente resolución.

En virtud de lo anteriormente expuesto:





GOBERNACIÓN  
**VICHADA**  
SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION N° 006

"Por medio de la cual se concede una Licencia para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo a un Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 4502 de 2012"

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** CONCEDER Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo a la señora **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con C.C No 1.127.385.841, Profesional en Medicina, y, **Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo**, para el desarrollo de las siguientes actividades:

- a) Medicina seguridad y Salud en el trabajo o su equivalente
- b) Investigación de accidentes de trabajo, de acuerdo con su competencia según formación académica
- c) Investigación en Área Técnica
- d) Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- e) Educación.
- f) Capacitación.

**ARTICULO SEGUNDO:** La Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo tiene vigencia de diez (10) años a partir de la expedición de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

**ARTICULO TERCERO:** La Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo es válida para todo el territorio Nacional.

www.vichada.gov.co

© Calle 10 Avenida Orinoco Barrio La Primavera  
Puerto Carreño

✉ Cód. Postal 990001  
NIT 892099154-8

✉ secsalud@vichada.gov.co



GOBERNACIÓN  
**VICHADA**  
SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCION N° 006

*"Por medio de la cual se concede una Licencia para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo a un Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento a lo establecido en la Resolución 4502 de 2012"*

**ARTICULO CUARTO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la secretaria Departamental de Salud y en su defecto el de apelación ante el despacho del Ministerio de Salud en los términos y condiciones establecidas en el Código contencioso administrativo Ley 1437 de 2011.

**ARTICULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Puerto Carreño, a los 22 días del mes de febrero de 2024

ALEXANDER ZAMORA FLOREZ

Profesional Universitario delegado de las funciones administrativas y contractuales de la secretaria de Salud, mediante Decreto No 056 del 05 de febrero del 2024.

Proyectó: Nini Yohana Pérez C.  
Ref. Salud y Ámbito Laboral SDSV

www.vichada.gov.co

📍 Calle 10 Avenida Orinoco Barrio La Primavera  
Puerto Carreño

📠 Cód. Postal 990001  
Nit 892099154-8

✉️ secsalud@vichada.gov.co



La República de Colombia y en su nombre



**IBERO**

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,  
teniendo en cuenta que:

*Jazmin Gisela Rodriguez Chacon*

C.C. 1127385841 de Puerto Carreño

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los  
requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

*Especialista en Gerencia de la  
Seguridad y Salud en el Trabajo*

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita  
**Bogotá D.C., 05 de Enero de 2024**

Rector

Secretario General

**37176**

Registrado en el folio 7250-4 Reg. 35661 del libro de Diplomas No. 29, Bogotá D.C. 05 de Enero de 2024



© Xertify

Código: 1D1C313CA001

Verificar



La República de Colombia y en su nombre

**LA ESCUELA NORMAL SUPERIOR FEDERICO  
LLERAS ACOSTA**

Puerto Carreño - Vichada

*Aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Vichada según resolución N°287 de septiembre 9/92 y 070 del 16 de febrero del 2000 de la Secretaría de Educación y Cultura, y Decreto 3012 del 19 de diciembre de 1997 del MEN, y la Resolución 1554 del 08 de julio del 2003 del Ministerio de Educación Nacional por el cual se otorga la Acreditación de calidad y Desarrollo.*

**Confiere a:**

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

**T.I.N° 90031178036**

**EL TITULO DE:**

**BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS  
EN EDUCACION**

*Por haber cursado y aprobado los estudios de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.*

*En testimonio de ello se otorga el presente Diploma*

Anotado en el Folio N° 129 Libro de Registro N° 04 Acta de Grado N° 065 de diciembre 07 de 2006.

  
Rector

  
Secretaria

Dado en Puerto Carreño Vichada, a los 7 días de diciembre de 2006



**ESCUELA NORMAL SUPERIOR  
FEDERICO LLERAS ACOSTA**

Puerto Carreño, Vichada


**FOLIO 14-15-16-17**
**INSCRIPCIÓN DANE 199001-000919**
**ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN**

En la ciudad de Puerto Carreño, a los 7 días del mes de diciembre del año 2006, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA NORMAL SUPERIOR FEDERICO LLERAS ACOSTA**, institución aprobada hasta **UNDECIMO**, en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad **PEDAGÓGICA**, según Resolución N° 287 de septiembre 9 de 1992, Resolución 070 de febrero 16 del 2000, Decreto 3012 de diciembre 19 de 1997 y Resolución 1554 de julio 8 de 2003 del M.E.N por la cual se otorga la Acreditación de Calidad y Desarrollo. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

**TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, CON ÉNFASIS EN EDUCACION**

Al graduando cuyo apellido, nombre y número de documentos de identidad se relaciona a continuación:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES                       | C.C 6 T.I.  | LUGAR DE EXPEDICION   |
|----|-------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| 84 | <b>RODRÍGUEZ CHACON JAZMÍN<br/>GISELA</b> | 90031178036 | <b>Puerto Carreño</b> |

Es fiel copia tomada del acta original N° 065 de fecha diciembre 7 del 2006. Que consta de 103 alumnos, que comienza con el nombre de **ADAN MALDONADO JOLMAR**, y se cierra con el nombre de **YANEZ GONZALEZ KATTY ZULAY**.

Firmado y sellado por **RUBEN DARIO VALENCIA ROMAN** (Rector) y **LUZ BETHY CONTRERAS OSORIO** (secretaria).

Dada en Puerto Carreño, a los 7 días del mes de diciembre del 2006.

  
RECTOR  
**RUBEN DARIO VALENCIA ROMAN**  
C.C N° 4'471.121 Neira (Caldas)

  
SECRETARIA  
**LUZ BETHY CONTRERAS OSORIO**  
C.C.N° 21 248 413 Puerto Carreño





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**MISIÓN MEDICA (CURSO BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA



CERTIMEDICAS

## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

### JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

### **SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



## RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

**SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)**

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y  
EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)  
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Diplomado en salud de:**

**ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH CON  
ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE VULNERABILIDAD  
(DIPLOMADO)**

Con una intensidad horaria de: **160 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 3 AÑOS A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

**ATENCION AL PACIENTE EN CUIDADO INTERMEDIO  
ADULTO-(AVANZADO)**

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA



CERTIMEDICAS

## FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

### CERTIFICA QUE:

### JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

### **GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



## RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)  
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO)  
(BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES  
QUÍMICOS (AQ5) (BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR (CPM)  
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**DONANTE DE ORGANOS (CURSO BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CANCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (BASICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**JAZMIN GISELA RODRÍGUEZ CHACÓN**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1127385841

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE  
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





# Asociación Colombiana de Medicina Interna

ACMI® - Médicos para Adultos

Certifica que:

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

Asistió como

**Asistente**



a la **ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**

"¿Pasó algo en la pandemia además de la Covid-19?"

El 17 y 18 de mayo de 2022 • Medellín, Antioquia

DRA. TATIANA LUCIA ESPINOSA ESPITIA  
Presidente ACMI®

DR. JUAN GUILLERMO GAMBOA ARCE  
Presidente Capítulo Antioquia-Chocó

**ACMI® CAPÍTULO ANTIOQUIA-CHOCÓ**

**40** Puntos  
PARMI

Intensidad horaria:  
**14 horas**



**Asociación Colombiana de Medicina Interna**  
ACMI® - Médicos para Adultos

**CERTIFICA** que:

**JAZMIN RODRIGUEZ**

Asistió como

**Asistente**

**al CURSO REGIONAL DE MEDICINA INTERNA 2023**  
**CAPÍTULO ANTIOQUIA-CHOCÓ**

Evento presencial, los días 26 y 27 de mayo de 2023 en Medellín

Intensidad horaria: 16 horas • Puntos PARMi: 60

DR. JOSE JAVIER ARANGO ALVAREZ  
Presidente ACMI®

DR. SANTIAGO PRIETO GUALDO  
Presidente Capítulo Antioquia-Chocó

**ACMI® CAPÍTULO ANTIOQUIA-CHOCÓ**





## Fundación Oriéntame

Certifica que :

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**  
**CC. 1.127.385.841**

Recibió capacitación en:

*Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de las Sentencias*  
*C-55 de 2022 y C-355 de 2006*

*Realizado en Puerto Cerezo-Vichada, del 5 al 8 de Abril de 2022 (32 horas)*

EUVIA LADUS ALBA

Coordinadora Área de Capacitación y Proyectos



c8938883-de74-4d28-817d-d759df80ab92

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Jazmin Gisela Rodriguez Chacon***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

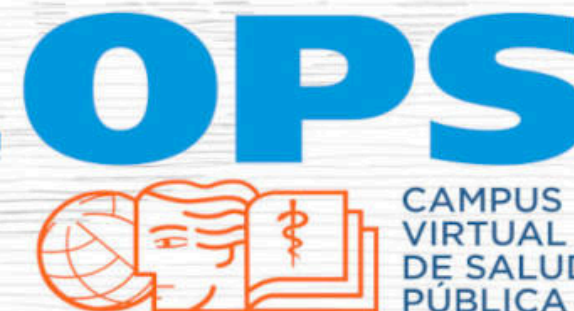
**Diagnóstico y manejo clínico del dengue**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

22 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director







78a534f4-376d-490b-92f5-afd3a7dfb229

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Jazmin Gisela Rodriguez Chacon***

ha participado y aprobado el:

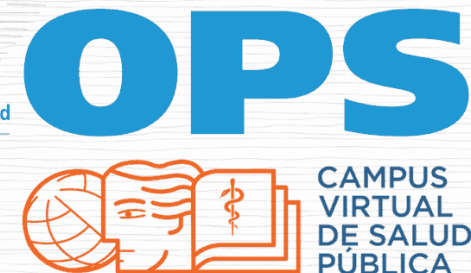
**Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer  
en Niños y Adolescentes**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

22 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





c8938883-de74-4d28-817d-d759df80ab92

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Jazmin Gisela Rodriguez Chacon***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

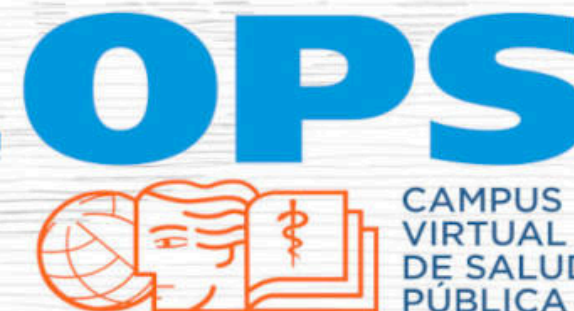
**Diagnóstico y manejo clínico del dengue**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

22 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director





Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

C.C 1.127.385.841

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 26 de julio 2026



**Luz Daifenis Arango Rivera**

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761266333000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

C.C 1.127.385.841

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 26 de julio 2026



**Luz Daifenis Arango Rivera**

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761266333206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

C.C 1.127.385.841

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 26 de julio 2026



**Luz Daifenis Arango Rivera**  
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7612663333161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".





# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

C.C 1.127.385.841

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 26 de julio 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 761205090000





**EL JEFE DE LA OFICINA JURÍDICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando los libros de radicados del área de contratación y el respectivo expediente contractual, se pudo constatar que: **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.127.385.841**, suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño – Vichada, los siguientes contratos:

**Año 2026**

|                                             |                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contrato Prestación de Servicios N°:</b> | <b>0275 DE 2026</b>                                                                                                                                                           |
| <b>Objeto del Contrato:</b>                 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, GINECOBSTETRICIA Y PEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E |
| <b>Plazo De Ejecución:</b>                  | 26 de enero al 31 de marzo de 2026                                                                                                                                            |
| <b>Valor del Contrato:</b>                  | \$28.200.000                                                                                                                                                                  |
| <b>Estado del Contrato</b>                  | Ejecutado                                                                                                                                                                     |

|                                             |                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contrato Prestación de Servicios N°:</b> | <b>0802 DE 2026</b>                                                                                                                                                           |
| <b>Objeto del Contrato:</b>                 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION, GINECOBSTETRICIA Y PEDIATRIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E |
| <b>Plazo De Ejecución:</b>                  | 07 de abril al 31 de julio de 2026                                                                                                                                            |
| <b>Valor del Contrato:</b>                  | \$40.600.000                                                                                                                                                                  |
| <b>Estado del Contrato</b>                  | En Ejecución                                                                                                                                                                  |

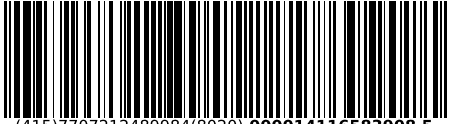
La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 27 días del mes de julio del 2026, a solicitud de la interesada.

  
**OSCAR DANIEL CORTES CARDONA**

Jefe Oficina Jurídica de la E.S.E.  
Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

  
**Elaboró: Jhoann Gabriel Rodríguez Silva**  
Abogado Contratista Oficina Jurídica de la E.S.E.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario       |  | 001                                                                       |  |
| 2. Concepto 1 3 Actualización de oficio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 4. Número de formulario 141165839085           |  |                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 2 7 3 8 5 8 4 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 6. DV 1                                        |  | 12. Dirección seccional Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño |  |
| 14. Buzón electrónico 4 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |  |                                                                           |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 |  | 26. Número de Identificación 1 1 2 7 3 8 5 8 4 1                          |  |
| Lugar de expedición 28. País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 29. Departamento Vichada 1 6 9                 |  | 30. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 0 0 1                                 |  |
| 31. Primer apellido RODRIGUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 32. Segundo apellido CHACON                    |  | 33. Primer nombre JAZMIN                                                  |  |
| 34. Otros nombres GISELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |  |                                                                           |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 38. País COLOMBIA 1 6 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 39. Departamento Vichada 9 9                   |  | 40. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 0 0 1                                 |  |
| 41. Dirección principal BRR VIRILIO BARCO C 1427 A 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 42. Correo electrónico gissrodriguez22@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 44. Teléfono 1 3 2 0 8 3 2 9 2 9 3             |  | 45. Teléfono 2                                                            |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |  |                                                                           |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                |  |                                                                           |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                           |  | Otras actividades                                                         |  |
| 46. Código 8 6 1 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 1 1 1 1     |  | 48. Código 8 2 9 9                                                        |  |
| 49. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 1 1 1 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 50. Código 1 8 6 9 9                           |  | 51. Código                                                                |  |
| 52. Número establecimientos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                |  |                                                                           |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 53. Código 4 7 4 9 5 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 47 - Régimen Simple de Tributación - SIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 52 - Facturador electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                |  |                                                                           |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                |  |                                                                           |  |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 60. No. de Folios: 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 61. Fecha 2025-03-05 / 12:41:26AM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                           |  |
| 985. Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                                           |  |

|                                                                                                                                  |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                             |                                                | Formulario del Registro Único Tributario |                                               | 001                                                                                                         |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                                                                   |                                                |                                          | Página 2 de 2 Hoja 2                          |                                                                                                             |  |
|                                                 |                                                |                                          | 4. Número de formulario<br>141165839085       |                                                                                                             |  |
| <br>(415)7707212489984(8020) 000014116583908 5 |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 1 2 7 3 8 5 8 4 1 1                                                            |                                                | 6. DV<br>1                               |                                               | 12. Dirección seccional<br>Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño                                |  |
|                                                                                                                                  |                                                |                                          |                                               | 14. Buzón electrónico<br>4 2                                                                                |  |
| Características y formas de las organizaciones                                                                                   |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 62. Naturaleza                                                                                                                   |                                                | 63. Formas asociativas                   |                                               | 64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados |  |
| 65. Fondos                                                                                                                       |                                                | 66. Cooperativas                         |                                               | 67. Sociedades y organismos extranjeros                                                                     |  |
| 68. Sin personería jurídica                                                                                                      |                                                | 69. Otras organizaciones no clasificadas |                                               | 70. Beneficio                                                                                               |  |
| Constitución, Registro y Última Reforma                                                                                          |                                                |                                          | Composición del Capital                       |                                                                                                             |  |
| Documento                                                                                                                        |                                                | 1. Constitución                          |                                               | 2. Reforma                                                                                                  |  |
| 71. Clase                                                                                                                        |                                                |                                          |                                               | 82. Nacional                                                                                                |  |
| 72. Número                                                                                                                       |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 73. Fecha                                                                                                                        |                                                |                                          |                                               | 83. Nacional público                                                                                        |  |
| 74. Número de notaría                                                                                                            |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 75. Entidad de registro                                                                                                          |                                                |                                          |                                               | 84. Nacional privado                                                                                        |  |
| 76. Fecha de registro                                                                                                            |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 77. No. Matrícula mercantil                                                                                                      |                                                |                                          |                                               | 85. Extranjero                                                                                              |  |
| 78. Departamento                                                                                                                 |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 79. Ciudad/Municipio                                                                                                             |                                                |                                          |                                               | 86. Extranjero público                                                                                      |  |
| Vigencia                                                                                                                         |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 80. Desde                                                                                                                        |                                                |                                          |                                               | 87. Extranjero privado                                                                                      |  |
| 81. Hasta                                                                                                                        |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| Entidad de vigilancia y control                                                                                                  |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 88. Entidad de vigilancia y control                                                                                              |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| Estado y Beneficio                                                                                                               |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| Item                                                                                                                             | 89. Estado actual                              | 90. Fecha cambio de estado               | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV                                                                                                      |  |
| 1                                                                                                                                | 1 2 5                                          | 2 0 2 5 0 1 0 1                          |                                               | -                                                                                                           |  |
| 2                                                                                                                                |                                                |                                          |                                               | -                                                                                                           |  |
| 3                                                                                                                                |                                                |                                          |                                               | -                                                                                                           |  |
| 4                                                                                                                                |                                                |                                          |                                               | -                                                                                                           |  |
| 5                                                                                                                                |                                                |                                          |                                               | -                                                                                                           |  |
| Vinculación económica                                                                                                            |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |
| 93. Vinculación económica                                                                                                        | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial |                                          |                                               | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante                                    |  |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                                                                             |                                                |                                          |                                               | 96. DV.                                                                                                     |  |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior                                                                 |                                                | 171. País                                |                                               | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP                             |  |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP                                                          |                                                |                                          |                                               |                                                                                                             |  |



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

|                                                         |                                                                                                                         |                                           |                                                                                                                        |                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>CARTAGENA                       | SUCURSAL<br>CARTAGENA                                                                                                   | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>75-03-101013725                                                                                          | ANEXO No.<br>3                      |
| TOMADOR <b>JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON</b>           |                                                                                                                         |                                           | CC                                                                                                                     | <b>1.127.385.841</b>                |
| DIRECCION <b>CL 14 NRO. 27 A - 30</b>                   |                                                                                                                         |                                           | CIUDAD <b>PUERTO CARREÑO, VICHADA</b>                                                                                  | TELEFONO <b>3208329293</b>          |
| ASEGURADO <b>JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON</b>         |                                                                                                                         |                                           | CC                                                                                                                     | <b>1.127.385.841</b>                |
| DIRECCION <b>CL 14 NRO. 27 A - 30</b>                   |                                                                                                                         |                                           | CIUDAD <b>PUERTO CARREÑO, VICHADA</b>                                                                                  | TELEFONO <b>3208329293</b>          |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                  |                                                                                                                         |                                           | NIT                                                                                                                    | <b>0-0</b>                          |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>02 / 01 / 2026</b> | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>15 / 12 / 2025</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>15 / 12 / 2026</b> |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>15 / 12 / 2025</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>15 / 12 / 2026</b> |                                     |
| INTERMEDIARIO<br>SANIN ALIANZA LTDA                     | CLAVE<br>133456                                                                                                         | % PARTICIPACION<br>100.00                 | COMPANIA                                                                                                               | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

| DESCRIPCION           | AMPAROS                           | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLIMITE        |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | \$ 300,000,000.00 |         |                  |
|                       | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD   | \$ 300,000,000.00 |         | \$ 60,000,000.00 |

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****300,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****234,066.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                        | IVA:           | \$ *****44,472.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****278,538.00 |

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11013107553815 (3900) 000000278538 (96) 20260129

REFERENCIA  
PAGO:  
1101310755381-5

75-03-101013725

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LEIDYMEJAG

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

1





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

|                                                  |                                                                                                           |                                           |                                                                                                          |                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>CARTAGENA                | SUCURSAL<br>CARTAGENA                                                                                     | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE RENOVACION | POLIZA No.<br>75-03-101013725                                                                            | ANEXO No.<br>3                      |
| TOMADOR JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON           |                                                                                                           |                                           | CC                                                                                                       | 1.127.385.841                       |
| DIRECCION CL 14 NRO. 27 A - 30                   |                                                                                                           |                                           | CIUDAD PUERTO CARREÑO, VICHADA                                                                           | TELEFONO 3208329293                 |
| ASEGURADO JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON         |                                                                                                           |                                           | CC                                                                                                       | 1.127.385.841                       |
| DIRECCION CL 14 NRO. 27 A - 30                   |                                                                                                           |                                           | CIUDAD PUERTO CARREÑO, VICHADA                                                                           | TELEFONO 3208329293                 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS                  |                                                                                                           |                                           | NIT                                                                                                      | 0-0                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>02 / 01 / 2026 | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 15 / 12 / 2025<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 15 / 12 / 2026 |                                           | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 15 / 12 / 2025<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 15 / 12 / 2026 |                                     |
| INTERMEDIARIO<br>SANIN ALIANZA LTDA<br>CLIENTE   | CLAVE<br>133456                                                                                           | % PARTICIPACION<br>100.00                 | COMPANIA                                                                                                 | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION |

### INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de consulta.

**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

PÁGINA WEB | pse | BANCO SANTANDER | MasterCard | VISA

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIERED

Granja Gaitana | Súper First | SURTIMAX | Coopidrogas

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

**Bancolombia** Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

**Banco de Bogotá** Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****300,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****234,066.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO |                        | IVA:           | \$ *****44,472.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****278,538.00 |

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000000.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

| FORMA DE PAGO |            |       |
|---------------|------------|-------|
| BANCO         | CHEQUE No. | VALOR |
|               |            |       |
| EFFECTIVO     |            |       |
| CHEQUE        |            |       |
| TOTAL \$      |            |       |



(415) 7709998021167 (8020) 11013107553815 (3900) 000000278538 (96) 20260129

REFERENCIA  
PAGO:  
1101310755381-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO             |        | POLIZA No.              | ANEXO No.           |
|--------------|--------------------------------|--------|-------------------------|---------------------|
| CARTAGENA    | ANEXO DE RENOVACION            |        | 75-03-101013725         | 3                   |
| TOMADOR      | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| ASEGURADO    | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS             | NIT    | 0-0                     |                     |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: RODRIGUEZ CHACON JAZMIN GISELA C.C. 1.127.385.841

ASEGURADO: RODRIGUEZ CHACON JAZMIN GISELA C.C. 1.127.385.841

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

UBICACION CONSULTORIO: NO

VIGENCIA: 15/12/2025 HASTA 15/12/2026

SINIESTRALIDAD: NO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01  
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA GENERAL

LIMITE ASEGURADO \$ 300.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION. SE EXCLUYE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: \$ 278.538

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

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

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

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

PARAGAFOS: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2. GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1. LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

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





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO             |        | POLIZA No.              | ANEXO No.           |
|--------------|--------------------------------|--------|-------------------------|---------------------|
| CARTAGENA    | ANEXO DE RENOVACION            |        | 75-03-101013725         | 3                   |
| TOMADOR      | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| ASEGURADO    | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS             | NIT    | 0-0                     |                     |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

#### 2.EXTENSIONES DE COBERTURA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

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

#### 2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

#### 2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

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

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

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

\$ 30.000.000

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

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO \$ 300.000.000

SUMINISTRO DE ALIMETOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: \$ 300.000.000

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: \$ 300.000.000

#### GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:

EVENTO \$ 15.000.000

VIGENCIA \$ 60.000.000

#### DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10%

DEMÁS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

#### EXCLUSIONES

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

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





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO             |        | POLIZA No.              | ANEXO No.           |
|--------------|--------------------------------|--------|-------------------------|---------------------|
| CARTAGENA    | ANEXO DE RENOVACION            |        | 75-03-101013725         | 3                   |
| TOMADOR      | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| ASEGURADO    | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS             | NIT    | 0-0                     |                     |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

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

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

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

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

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

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

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

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

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADAS PARA ESTE FIN

17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGUROESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECCION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.

22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.

23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO             |        | POLIZA No.              | ANEXO No.           |
|--------------|--------------------------------|--------|-------------------------|---------------------|
| CARTAGENA    | ANEXO DE RENOVACION            |        | 75-03-101013725         | 3                   |
| TOMADOR      | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON |        | CC                      | 1.127.385.841       |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| ASEGURADO    | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON |        | CC                      | 1.127.385.841       |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS             |        | NIT                     | 0-0                 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.

25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.

26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.

27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.

29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.

33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA

36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD

54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO             |        | POLIZA No.              | ANEXO No.           |
|--------------|--------------------------------|--------|-------------------------|---------------------|
| CARTAGENA    | ANEXO DE RENOVACION            |        | 75-03-101013725         | 3                   |
| TOMADOR      | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| ASEGURADO    | JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON | CC     | 1.127.385.841           |                     |
| DIRECCION    | CL 14 NRO. 27 A - 30           | CIUDAD | PUERTO CARREÑO, VICHADA | TELEFONO 3208329293 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS             | NIT    | 0-0                     |                     |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

55. PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.  
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGUERESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56. CUANDO NO SE LLEVE UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63. NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

64. SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.

65. EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOMA MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:

A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;

B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA  
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA  
CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:

- CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGUERESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

## 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 22:44:23 horas del 26/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1127385841**, Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ CHACON JAZMIN GISELA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**, con NIT **842000004-4** 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.

#### DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

#### ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

#### SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES





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

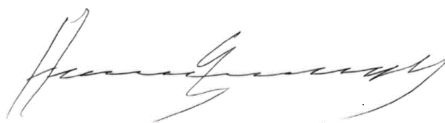
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 26 de julio de 2026, a las 22:45:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1127385841             |
| Código de Verificación | 1127385841260726224534 |

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

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**

**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 300066486**



PIB  
22:46:24  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 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) JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1127385841:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

**ATENCIÓN :**

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750  
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:47:31 PM horas del 26/07/2026, el ciudadano identificado con:  
Cédula de Ciudadanía N° 1127685841

### **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.



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-  
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@policia.gov.co)









## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/07/2026 10:48:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1127385841** y Nombre: **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON.**

## 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. **144555806** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

 **GOV.CO**



## 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 1127385841 **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 28/07/2026 06:10 AM



Código Verificación: **3HKBUCD4Y**

Válida hasta: **26/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**



Bogotá, Julio / 15 de 2026

Señor (a): JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON  
CC. 1127385841  
CR 19 A 23 15 VILLA VENANSIO VILLAVICENCIO

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 1 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COMPAÑERO(A).

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL SALUD TOTAL  
EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

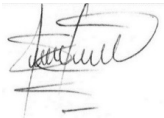
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1127385841**, se encuentra afiliado/a desde **11/11/2014** 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 26 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.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



N° 216.248

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                   |                                    | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                      |                 |                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------|
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 02  | 2025                              | PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO |                 |                             |            |
| DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MES | AÑO                               | Ciudad                             |                                                        |                 |                             |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                   |                                    | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS                |                 |                             |            |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                   |                                    | Empresa en misión                                      |                 |                             |            |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| RODRIGUEZ CHACON JAZMIN GISELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                   |                                    | Genero                                                 | Edad            | Documento de Identificación |            |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                   |                                    | Teléfonos                                              |                 | CC                          | 1127385841 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                   |                                    | 5103431                                                |                 | Tipo                        | Número     |
| Cargo<br>MEDICO GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             | N/A        |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                   |                                    | TIPO                                                   | RECOMENDACIONES |                             |            |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                   |                                    | NO APLICA                                              | NO APLICA       |                             |            |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     |                                    | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES                    |                 |                             |            |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : NUTRICION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | USO DE EPP                        |                                    | HABITOS SALUDABLES                                     |                 |                             |            |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                    | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA                              |                 |                             |            |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | CAPACITACIÓN                      |                                    | DIETA BALANCEADA                                       |                 |                             |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                   |                                    | CONTROL DE PESO                                        |                 |                             |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                   |                                    | FORTALECIMIENTO MUSCULAR                               |                 |                             |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| <p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                   |                                    | Aspirante o Trabajador                                 |                 |                             |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                   |                                    |                                                        |                 |                             |            |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                   |                                    | Firma:                                                 |                 |                             |            |
| Nombre: CC: 73153676 - ISRAEL DAVID POTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                                   |                                    | Nombre: RODRIGUEZ CHACON JAZMIN GISELA                 |                 |                             |            |
| R. M.: 2816 DE 1999 L.S.O.: 13782 DE 2 DE NOVIEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                   |                                    | CC: 1127385841                                         |                 |                             |            |



**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.127.385.841** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 735000158** aperturada el **14 de abril de 2023**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **24** días del mes de **julio** del año **2026**.

---

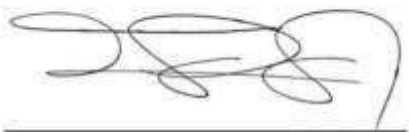
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta: Cuenta de 10 dígitos: **0735000158**

Cuenta de 16 dígitos: **0735000200000158**

Cuenta de 20 dígitos: **00130735000200000158**

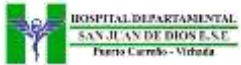
---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

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

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS – VICHADA</b></p> <p align="center"><b>GESTION JURIDICA Y CONTRATACION</b></p> <p align="center"><b>FORMATO CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN</b></p> | <p>CÓDIGO: GJC-FT-05<br/>         VERSIÓN: 01<br/>         FECHA: 16/06/2025<br/>         PÁGINA 1 DE 1</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Puerto Carreño - Vichada, 06 de agosto del 2026

**CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN**

Yo, **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No 1.127.385.841 expedida en la ciudad de **PUERTO CARREÑO (VICHADA)**, en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Atentamente,

  
**JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**  
**CC 1.127.385.841**

|                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Elaboro:                      | Reviso:                     | Aprobó:                       |
| Liseth Vanessa Guarín Montoya | Oscar Daniel Cortes Cardona | Álvaro Alberto Cardozo Castro |
| Abogada Contratista           | Jefe Oficina Juridica       | Gerente                       |

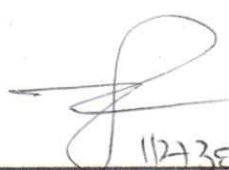
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS</b></p> <p align="center"><b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b></p> <p align="center"><b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b></p> | <p>VERSIÓN: 01<br/>CÓDIGO: GTH-FT-86<br/>FECHA: 30/06/2026<br/>PÁGINA 1 DE 1</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

**Autorización para el tratamiento de datos personales**  
**Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión**

Yo, **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.127.385.841** expedida en **PUERTO CARREÑO VICHADA** por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021 autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De Igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma:  \_\_\_\_\_

**Nombre: JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

**Identificación: CC 1.127.385.841 expedida en PUERTO CARREÑO VICHADA**

**Fecha: 31/07/2026**



|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS</b></p> <p align="center"><b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b></p> <p align="center"><b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b></p> | <p>VERSIÓN: 01<br/>CÓDIGO: GTH-FT-86<br/>FECHA: 30/06/2026<br/>PÁGINA 1 DE 1</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

**Autorización para el tratamiento de datos personales**  
**Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión**

Yo, **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1.127.385.841** expedida en **PUERTO CARREÑO VICHADA** por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021 autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De Igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma:  \_\_\_\_\_

**Nombre: JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**

**Identificación: CC 1.127.385.841 expedida en PUERTO CARREÑO VICHADA**

**Fecha: 06/08/2026**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA



SECCIONAL DE SANIDAD META  
NIT. 900.407.224-6

EL JEFE DEL GRUPO DE CONTRATOS DE LA SECCIONAL DE SANIDAD META

HACE CONSTAR:

Que la señora **JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON**, identificada con cédula de ciudadanía número 1127385841 de Puerto Carreño, ha celebrado con **LA POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL DE SANIDAD META**, los contratos de prestación de servicios profesionales que a continuación se relacionan, el cual no genera relación laboral ni prestaciones sociales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 80 de 1993.

DOS MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$2.910.533,00), MCTE. Prestando sus servicios como **MEDICO GENERAL** para la Seccional de Sanidad Meta, mediante el contrato N° 84-7-20076-19 por un término de 6 horas diarias, 33 semanales y 143 horas mensuales.

| ÍTEM | CONTRATO PSP NO. | DURACIÓN                           | FECHA INICIO                                                                  | FECHA TERMINACIÓN |
|------|------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2    | 84-7-20044-17    | DIEZ (10) MESES Y QUINCE (15) DIAS | 21/06/2017<br>SUSPENSION A PARTIR DEL DIA 16/02/18 POR LICENCIA DE MATERNIDAD | 13/10/2018        |
| 3    | 84-7-20134-18    | SIETE (7) MESES                    | 01/11/2018                                                                    | 31/05/2019        |
| 4    | 84-7-20076-19    | NUEVE (9) MESES Y DOCE (12) DIAS   | 19/06/2019                                                                    | 31/03/2020        |

Para constancia se expide en la ciudad de Villavicencio, a los 10 días del mes de septiembre de 2019.

Intendente **DIEGO ALEXANDER VARGAS GARCIA**  
Jefe Grupo de Contratos Secsa Meta

ELABORO: **SI. ALEJANDRO VERGARA PULGARIN**  
Analista de Contratos SECSA META  
Unidad: Sanidad 2019vCertificaciones

Calle 47A No. 30-08 Barrio Caudal  
[demet.grusa-ofcon@policia.gov.co](mailto:demet.grusa-ofcon@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)



1DS-OF-001  
VER: 3

Página 1 de 1

Aprobación: 27/03/2017

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: d5594755-3bad-4d2b-a66d-89780580fe75

Nombres y apellidos / Full name

JAZMIN GISELA RODRIGUEZ CHACON

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 7 3 8 5 8 4 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

11/03/1990

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

00000

Correo electrónico / e-mail

SINDATO@GMAIL.COM

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna                         | Dosis            | Fecha de aplicación |       |      | Laboratorio      | Número de Lote | IPS Vacunadora                             | Nombres y apellidos del vacunador |
|--------------------------------|------------------|---------------------|-------|------|------------------|----------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Vaccine                        | Doses            | Date of vaccination |       |      | Laboratory       | Vaccine Batch  | Administering Center                       | Full name Vaccinator              |
|                                |                  | Día                 | Mes   | Año  |                  |                |                                            |                                   |
|                                |                  | Day                 | Month | Year |                  |                |                                            |                                   |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera          | 17                  | 12    | 2013 |                  | 220500422F     | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | DAVID PULIDO                      |
| TD Adulto                      | Primera          | 14                  | 11    | 2017 |                  | D2299          | VILLAVICENCIO UBA BARZAL                   | NURY YORMARY TORRES MORENO        |
| TD Adulto                      | Segunda          | 15                  | 12    | 2017 |                  | D2299          | VILLAVICENCIO UBA BARZAL                   | NURY YORMARY TORRES MORENO        |
| TdaP Acelular Gestante         | Anual            | 17                  | 01    | 2018 |                  | AC37B252AA     | VILLAVICENCIO UBA BARZAL                   | YUDY MILENA BARRANTES DIMATE      |
| TD Adulto                      | Tercera          | 01                  | 10    | 2018 |                  | 221501316A     | VILLAVICENCIO UBA BARZAL                   | ROBIRA SABOGAL MATIAS             |
| TD Adulto                      | Cuarta           | 12                  | 02    | 2020 |                  | 2338X004AE     | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | JENIS JOHANA MONTERROZO           |
| Fiebre Amarilla                | Única            | 12                  | 02    | 2020 |                  | P3M811V        | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | JENIS JOHANA MONTERROZO           |
| INFLUENZA TRIVALENTE           | Anual            | 05                  | 05    | 2020 |                  | V50220007      | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | JESUS ESTEBAN PEREZ RODRIGUEZ     |
| COVID PFIZER                   | Primera          | 04                  | 03    | 2021 |                  | EN1195         | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | LEIDY JOHANA ENCISO DIAZ          |
| COVID PFIZER                   | Segunda          | 25                  | 03    | 2021 |                  | EN1195         | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | BERTILDA VILLAR ARDILA            |
| COVID PFIZER                   | Segundo Refuerzo | 22                  | 08    | 2022 | PFIZER           | PCA0076        | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | WILSON ANTONIO MAZO GUZMAN        |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda          | 27                  | 06    | 2023 |                  | 220500422F     | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | WILSON ANTONIO MAZO GUZMAN        |
| COVID MODERNA BIVALENTE        | Adicional        | 04                  | 12    | 2023 | Catalent Indiana | 003M22A        | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | BERTILDA ESTHER VILLAR ARDILA     |
| INFLUENZA TRIVALENTE           | Anual            | 14                  | 06    | 2024 | Green Cross      | V50524003      | PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS | ELLEN TATIANA HERRERA NIÑO        |

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

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

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

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

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







Minsalud

**MiVacuna**

Nombres:

Jatmin Gixelg

Apellidos:

Rodriguez Chacon

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cual:

No. 1.127.385. 841

Fecha de nacimiento:

Día 11 Mes 03 Año 1990

| Biológico | Dosis | Fecha      | Fabricante | Lote     | Nombre vacunador          | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|------------|------------|----------|---------------------------|----------------------|
| COVID-19  | 1     | 04-03-2021 | Pfizer     | EW1195   | HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | 1.127.387 411        |
|           | 2     | 25-03-2021 | Pfizer     | EN1795   | HSTOD                     | 49.798 249           |
|           | 3     | 27-01-2021 | MODERNA    | 005h 21A | HSTOD                     | BERTILOA VILLAR      |

## Certifica que (nombre)

Jasmin Gisela Rodriguez

This is to certify that [name] / nous certifiions que [nom]

**Fecha de Nacimiento**

11-03-90

**Sexo**

F

**Nacionalidad**

### Colony Morphology

**Documento nacional de identificación**

1.127. 385 841

national identification document / document d'identification national

| Vacuna o profilaxis           | Fecha    | Firma y título del profesional que supervisa la aplicación |
|-------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|
| Vacuna de profilaxis          | 02/06    | Signature and professional status of supervising clinician |
| Vacuna de agente psiquiátrico | 02/06    | Signature et titre du clinicien responsable                |
| FIEBEE AMARILLA               | 06-08-13 | RUTH ROJAS                                                 |
| SARAMPION Y R                 | 06-08-13 | RUTH ROJAS                                                 |
|                               |          |                                                            |
|                               |          |                                                            |
|                               |          |                                                            |
|                               |          |                                                            |
|                               |          |                                                            |

Cuya firma aparece en continuación:

6. 10/10/10

whose signature follows / date of signature put

**En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra**  
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against  
 ainté a administré ou a reçu des médicaments préventifs laquels a la date indiquée contre

La Fiebre Amarilla

nom de la communauté : nom de l'auteur ou éditeur, nom de la maison ou de l'édition

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

[illegible]







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

**Consérvelo**

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

Libertad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Jazmin Gisela**  
Apellidos: **Rodriguez Chacon**  
Documento de identidad: C.C. K.T.I. Pasaporte No. **1127385841**  
Fecha de Nacimiento: Día **11** Mes **03** Año **1990**

| Biológico           | Dosis | Fecha      | Fabricante y Lote | Firma |
|---------------------|-------|------------|-------------------|-------|
| Sarampión - Rubéola | 1     | 06-08-2013 | Sevom 013N2030B   | Roth  |
| Toxide              | 1     |            |                   |       |
| ánico               | 2     |            |                   |       |
| térico              | 3     |            |                   |       |
| Td                  | 4     |            |                   |       |
|                     | 5     |            |                   |       |
| Intra               | 1     |            |                   |       |
| atilis B            | 2     |            |                   |       |
|                     | 3     |            |                   |       |

| Biológico              | Dosis | Fecha      | Fabricante y Lote | Firma |
|------------------------|-------|------------|-------------------|-------|
| Contra Fiebre Amarilla | 1     | 06-08-2013 | Sanofi 3500051    | Roth  |
| Contra Influenza       |       |            |                   |       |
| Otras                  |       |            |                   |       |

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

**Consérvelo**

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



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

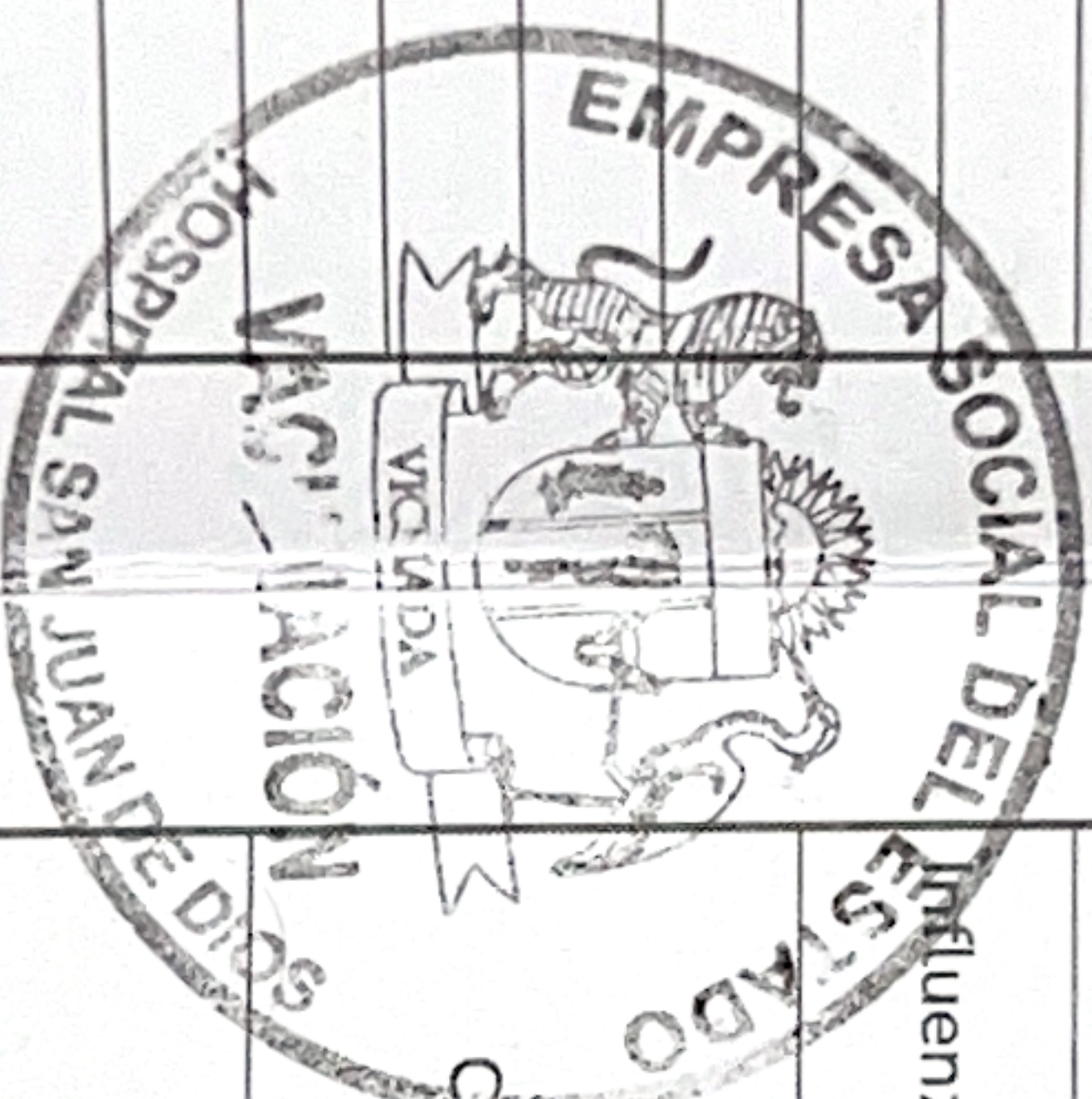
Nombres: **Jazmin Gisela**  
Apellidos: **Rodriguez Chacon**  
Documento de identidad: C.C. / C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.  
Número de documento: **1127385841**  
Fecha de nacimiento: Día **11** Mes **03** Año **1990**

| Biológico                          | Dosis | Fecha    | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|------------------------------------|-------|----------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                | Única | 12-02-20 | P3118M            | Jenny Montenegro                   |
| Fiebre Amarilla                    | Única | 14-11-13 | D2299             | NURY TORRES                        |
|                                    |       | 15-12-13 | V7299             | NURY TORRES                        |
| Toxide Tetánico -<br>Diférico (Td) | 3     | 07-11-18 | 22101516A         | RODOLFO RODRIGUEZ                  |
|                                    | 4     | 12-02-10 | 2309X000146       | Jenny Montenegro                   |
|                                    | 1     | 12-01-18 | RC37B252AO        | Jenny Montenegro                   |
| TdaP acelular                      | 1     |          |                   |                                    |
|                                    | 2     |          |                   |                                    |
| Hepatitis B                        | 1     | 13-11-13 |                   |                                    |
|                                    | 2     | 27-06-13 |                   |                                    |
|                                    | 3     |          |                   |                                    |

| Biológico            | Dosis    | Fecha    | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|----------------------|----------|----------|-------------------|------------------------------------|
| VPH                  | 1        |          |                   |                                    |
|                      | 2        |          |                   |                                    |
| Influenza estacional | Anual    | 27-06-23 | VSD23004          | Wilson Maza                        |
|                      | Anual    |          |                   |                                    |
| Covid 19             | 1ª       | 17-03-21 | 6NM95             | Leidy GARCIA                       |
|                      | 2ª       | 26-03-21 | 6NM95             | Wilson Maza                        |
|                      | Ter Ref. |          |                   |                                    |
|                      | 2do Ref. | 22-03-22 | PC00076           | Wilson Maza                        |



| Biológico                               | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|-----------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                     | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                         | Única |       |                   |                                    |
| Toxoides Tetánico<br>- Difterico (Td)   | 1     |       |                   |                                    |
|                                         | 2     |       |                   |                                    |
|                                         | 3     |       |                   |                                    |
|                                         | 4     |       |                   |                                    |
|                                         | 5     |       |                   |                                    |
| TdAP acelular<br>Una dosis por embarazo |       |       |                   |                                    |
|                                         |       |       |                   |                                    |
|                                         |       |       |                   |                                    |
|                                         |       |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                             | 1     |       |                   |                                    |
|                                         | 2     |       |                   |                                    |
|                                         | 3     |       |                   |                                    |



| Biológico                                        | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|--------------------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| VPH<br>Dos dosis en personas<br>inmunosuprimidas | 1     |       |                   |                                    |
|                                                  | 2     |       |                   |                                    |
| Influenza estacional                             | Anual |       |                   |                                    |
|                                                  | Anual |       |                   |                                    |
| Covid 19                                         |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
| Otras                                            |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |
|                                                  |       |       |                   |                                    |

*Roberto Valdovinos Aljandira*



Este carné es válido en Colombia.  
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



## Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



## Salud

### Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Joelmín Gisele

Apellidos:

Chacon Rodríguez

Documento  
de identidad:

C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐ P.P.T. ☐ D.E. ☐

Número de  
documento:

1127385841

Fecha de  
nacimiento:

Día 11 Mes 03 Año 1990



Este carné es válido en Colombia.  
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



## Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



## Salud

### Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Johán Gísel

Apellidos:

Chacon Rodríguez

Documento  
de identidad:

C.C. X.C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de  
documento:

1127385841

Fecha de  
nacimiento:

Día 11 Mes 03 Año 1990

| Biológico                               | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|-----------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubéola                     | Única |       |                   |                                    |
| Fiebre Amarilla                         | Única |       |                   |                                    |
| Toxide Tetánico<br>- Diftérico (Td)     | 1     |       |                   |                                    |
|                                         | 2     |       |                   |                                    |
|                                         | 3     |       |                   |                                    |
|                                         | 4     |       |                   |                                    |
|                                         | 5     |       |                   |                                    |
| Tdap acelular<br>Una dosis por embarazo |       |       |                   |                                    |
| Hepatitis B                             | 1     |       |                   |                                    |
|                                         | 2     |       |                   |                                    |
|                                         | 3     |       |                   |                                    |

| Biológico                                     | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora<br>Nombre vacunador |
|-----------------------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| VPH<br>Dos dosis en personas inmunosuprimidas | 1     |       |                   |                                    |
|                                               | 2     |       |                   |                                    |
| Influenza estacional                          | Anual |       |                   |                                    |
|                                               | Anual |       |                   |                                    |
| Covid 19                                      |       |       |                   |                                    |
|                                               |       |       |                   |                                    |
|                                               |       |       |                   |                                    |
|                                               |       |       |                   |                                    |
| Otras                                         |       |       |                   |                                    |
|                                               |       |       |                   |                                    |
|                                               |       |       |                   |                                    |



2/10/2016