

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.234.850

DIAZ APONTE

APELLIDOS
JHON JADER

NOMBRES

[Signature]

[Portrait Photo]

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1981

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA A+ Q S RH M SEXO

21-JUN-1999 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABRAHAM SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

[Fingerprint]

[Barcode]

A-2900100-0007276B-M-0002234850-20060917 0003428077A 1 6360005809

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor JOHN JADER DIAZ APONTE identificado con Tarjeta de Identidad No. 81051109848, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: JOHN
Segundo Nombre: JADER
Primer Apellido: DIAZ
Segundo Apellido: APONTE
Tipo Documento: Tarjeta de Identidad
Número Documento: 81051109848
Clase Libreta Militar: Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Julio de 2026, a las 7:45:01 AM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104-64 (601) 4261420 Bogotá D.C- Colombia





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**GIRARDOT,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese**

01/07/2026

Por medio de la presente hacemos constar que el **señor JHON JADER DIAZ APONTE**
con **Cédula de Ciudadanía número 2234850**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	166170199060
Fecha de apertura	04/07/2007

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria: INDEPENDIENTE
Nombre: JHON JADER DIAZ APONTE
Fecha de nacimiento: 1981-05-11
Edad: 44 años
Estado civil: Casado
Dirección actual: CLL 19 N 24-468 MZ C CS 5 CONDOMINIO MADEIRA
Teléfono: 3118083807
Ocupación: MEDICO INTERNISTA
Responsable**: LEIDY PEÑA (ESPOSA)
Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

Actividad económica:
Documento:
Lugar de nacimiento:
Identidad de Género:
No. hijos vivos:
Municipio:
Escolaridad:
EPS:
Teléfono:

Servicios
CC 2234850
IBAGUE (TOLIMA)
Masculino
2
GIRARDOT
Estudios posgrado
NO SABE
3105668746



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

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna: Covid-19 - Dosis 1 - Ultima dosis: 2021/02/18 PFIZER
2. Vacuna: Covid-19 - Dosis 2 - Ultima dosis: 2021/03/11 PFIZER
3. Vacuna: Covid-19 - Dosis 3 - Ultima dosis: 2021/12/07 MODERNA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

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

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JHON JADER DIAZ APONTE con documento de identificación No. 2234850 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO INTERNISTA del sector económico Servicios

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

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

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar en su entidad de salud los controles de su alteración de la tensión arterial.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

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

Jaime Augusto Carrillo Castro
Médico Cirujano
Escuela de Medicina Juan N. Corpas
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Universidad el Bosque
RES. 0574 del 22 de Octubre de 2020

Firma para identificación de usuario
JHON JADER DIAZ APONTE
Documento: 2234850



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 7A No.20-10 Consultorio 205 Barrio Granada - Girardot PBX: 888 98 42
www.assomet.com contacto@assomet.com

Impreso por: laura.baracaldo
Fecha: 2025-08-22 Hora: 11:59



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD



COLEGIO MEDICO
COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JHON JADER DIAZ APONTE

C.C. 2234850

MEDICO

Universidad Del Tolima
Ibague

Grado: 11/06/2004

Rethus: 02/06/2005



ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA



www.legi.com

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio medico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH, info@colegiomedicocolombiano.org


Firma Representante Colegio Medico Colombiano



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C223485000331483

Código de verificación

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

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **JHON JADER DIAZ APONTE**, identificado(a) con C.C. No. 2234850 y T.P. o R.M. No. 2234850 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

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

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 01 julio 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com

Ricaurte, Cundinamarca julio 2026

DOCTORA
CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA
GERENTE
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

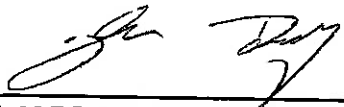
Ref.: PROPUESTA DE SERVICIOS PROFESIONALES

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito presentar propuesta de servicios de apoyo a la gestión, con amplia experiencia en el sector público, con la finalidad de ejecutar el objeto contractual correspondiente a la **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTERNISTA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MEDICO EN TU TERRITORIO CUIDANDO TU SALUD, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1161-2025, EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE**, acompañando al centro de salud en los requerimientos administrativos desarrollando las actividades que se relacionan a continuación:

1. Ejecutar el contrato de acuerdo con la propuesta presentada para el efecto, la cual en todo caso hace parte integral del presente contrato.
2. Realizar Jornadas de salud de acuerdo a la programación de las agendas establecidas por la entidad
3. Realizar las consultas conforme a lo establecido en la resolución 3280 de 2019
4. Realizar diligenciamiento de Historia Clínica en el módulo de TROPA (modalidad web) de cada uno de los pacientes atendidos o en su defecto con letra clara, legible y completa conforme lo establece la ley 23 de 1981 y la resolución 1895 de 1999 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.
5. Realizar cierre de historia clínica de cada consulta y entregar al usuario su correspondiente, historia clínica, órdenes médicas, al finalizar consulta especializada.
6. Disponer en drive de la entidad Manuales, Protocolos, Procesos y Procedimientos de su especialidad.
7. Elaborar, gestionar y entregar las remisiones a los pacientes que requieren atención en un nivel de mayor complejidad, garantizando el diligenciamiento completo de la documentación, la oportunidad en el trámite y la articulación con la red de servicios de salud, conforme a la normatividad vigente.

8. Informar al paciente y a sus familiares o cuidadores sobre su patología, estado de salud, diagnóstico y plan de manejo, de manera clara, oportuna y comprensible, respetando los principios de confidencialidad, ética y humanización en la atención.
9. Cumplir con las demás obligaciones y actividades relacionadas con la ejecución del contrato, que le sean asignadas por la E.S.E Centro de Salud de Ricaurte.
10. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.
11. Cancelar oportunamente sus aportes a seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales correspondientes a los períodos de tiempo empleados en la ejecución contractual y entregar los respectivos comprobantes al supervisor del contrato. (art. 50 ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007).
12. Presentar previo a cada pago, informes de avance de cumplimiento de las obligaciones contractuales y cinco (5) días posteriores a la terminación del contrato, informe final del mismo
13. Prestar el servicio con idoneidad, calidad y oportunidad, con plena autonomía técnica y administrativa, y bajo su propia responsabilidad, lo cual conlleva que no existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del contratista con el Centro de Salud de Ricaurte.
14. Responder por los elementos, equipos y bienes que le sean entregados a su cargo, garantizando su uso adecuado, conservación, custodia y correcta utilización, de conformidad con las normas institucionales y la legislación vigente.
15. Realizar procedimientos cuando se requiera de acuerdo a las necesidades del paciente.



JHON JADER DIAZ APONTE
C.C. 2.234.850 IBAGUE



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Díaz		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Aponte		NOMBRES Jhon Jader	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 2234850		GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 05 AÑO 1981 PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA MUNICIPIO IBAGUÉ		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 19 24 468 Mz C Cs 5 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO GIRARDOT TELÉFONO 3118083807 EMAIL medjader@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	6	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	01	2011	2234850
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2004	2234850

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3118083807		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	01	Mes	03	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESP EN MEDICINA INTERNA		DEPENDENCIA ASISTENCIAL MEDICINA					DIRECCIÓN CALLE 19 24 468 MZ C Cs 5						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD COMPLEJO INTEGRAL DE SALUD JUNICAL MEDICAL S.A.S			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3102085317		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	02	Mes	09	Año	2019	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESP EN MEDICINA INTERNA		DEPENDENCIA ASSITENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 5 20A 37						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO RICAURTE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3156952445			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	02	Año	2026	Día	30	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL INTERNISTA			DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"					DIRECCIÓN CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO RICAURTE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 315695244			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	11	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INTERNISTA			DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"					DIRECCIÓN CALLE 14 14B 42 Barrio El Pesebre						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA NUEVA SAN SEBASTIAN				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3102085317			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	14	Mes	02	Año	2011	Día	30	Mes	06	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESP EN MEDICINA INTERNA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 5 20A 37						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA Cargando...				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	20	Mes:	10	Año:	2020	Día:	31	Mes:	01	Año:	2022
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO					DIRECCIÓN CALLE 23 66 46						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	9

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 Girardot, 24 de julio de 2026

[Firma]

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.

Rt / Agosto / 2026 Miguel Mesa / [Firma]

Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Cargo MEDICINA INTERNA

Título Dr(a)

Nombre JHON JADER

Apellidos DIAZ APONTE

Fecha de Nacimiento 11/05/1981 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Nivel Educativo Posgrado

Género Hombre

¿Tiene alguna

discapacidad? ☐ Sí ☒ No

Nombre y apellido JHON JADER DIAZ APONTE

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de

documento 2234850

Dirección Calle 19 24-468 MZ C CS 5 MADEIRA

Código postal 252432

Estrato 4

Ubicación Girardot

País COLOMBIA

Correo electrónico medjader@hotmail.com

Teléfono 3118083807

Celular 3118083807

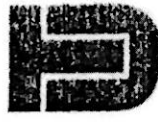


Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)



UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TITULO DE

Médico

A

Alfonso Jader Díaz Aponte

C.C. No. 2.234.850 expedida en Ibagué

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Junio 11 de 2004

Francisco J. de la Cruz

El Decano de la Facultad

EXENTO Registro Dptal.
Artículo 62 Dec. Nal 2150195

[Signature]
El Rector de la Universidad

[Signature]
El Secretario General

Universidad del Tolima
Libro de Registro No. 8
Folio No. 102
Registro No. 34422

ACTA DE GRADO NUMERO 010

Registro No. 34622

Folio No. 102

Libro No. 8

En Ibagué, a las 11:00 de la mañana del viernes once (11) de junio del año dos mil cuatro (2004), se reunieron en el Aula Múltiple de la Universidad del Tolima, presididos por los doctores JESÚS RAMÓN RIVERA BULLA, Rector de la Universidad del Tolima, FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURTH, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y HÉCTOR VILLARRAGA SARMIENTO, Secretario General de la Universidad, con el objeto de proceder a la graduación de JHON JADER DÍAZ APONTE, con documento de identidad cédula de ciudadanía número 2.234.850 expedida en Ibagué, como MÉDICO.

El señor Rector le recibió el juramento y le entregó el título que lo acredita como MÉDICO.

A las doce del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

El Secretario General leyó la presente acta la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR,

(Fdo.) JESÚS RAMÓN RIVERA BULLA

LA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD,

(Fdo.) FRANCIA HELENA B. DE BETANCOURTH

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD,

(Fdo.) HÉCTOR VILLARRAGA SARMIENTO



HÉCTOR VILLARRAGA SARMIENTO
Secretario General

Es copia

Ibagué, 11 de junio de 2004



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

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Alfonso Jader Díaz Ayonte

C. E. 2.234.850 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Especialista en Medicina Interna

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 14 de febrero de 2011.

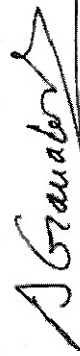

Presidente Consejo Superior

Rector



Secretario General

Vicepresidente



Secretario Académico



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 081

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de febrero de 2011, en el auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el acuerdo No. 2168 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Especialista en Medicina Interna

a

Jhon Jader Díaz Aponte

Identificado con cédula de ciudadanía No. 2.234.850 de Ibagué, como consta en el acta 081 folios 024 y 025 del libro de actas de grado No. 2.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que el mencionado estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de especialización en Medicina Interna y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto y determinados por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Roberto Jaramillo Uricoechea, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Sergio Augusto Parra Duarte, Decano, Álvaro Eduardo Granados Calixto, Secretario Académico y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los once



ACP
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS
INTERNAL MEDICINE | Doctors for Adults®

Certifican que: **JHON JADER DIAZ APONTE**

participó en el "XXIV CONGRESO ACMI - ACP,
Guías y novedades aplicables al ejercicio del médico internista",
realizado los días 12, 13, y 14 de septiembre de 2013.

En constancia se firma en San Juan de Pasto
a los 14 días del mes de septiembre de 2013.

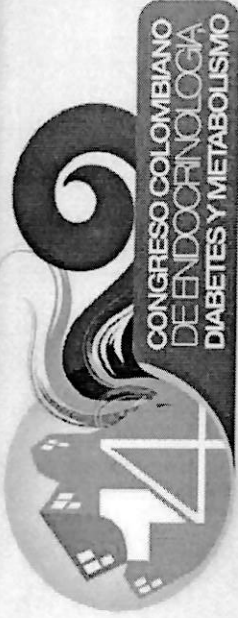
DRA. NATALIA LONDOÑO
PRESIDENTA ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE MEDICINA INTERNA ACMI

DR. ÁLVARO PORTILLA
PRESIDENTE XXIV CONGRESO ACMI-ACP
SECRETARIO ACMI CAPITULO NARIÑO

XXIV
CONGRESO ACMI-ACP
Guías y novedades aplicables
al ejercicio del médico internista

Septiembre
12, 13 y 14
San Juan de Pasto





De la Investigación Hasta el Consultorio

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES Y METABOLISMO

Certifica que

JHON JADER DIAZ APONTE

Asistió en calidad de
Participante

Durante el 14 Congreso Colombiano de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo,
celebrado en el Centro de Convenciones Puerta de Oro de Barranquilla,
del 25 al 28 de mayo de 2017, con una intensidad de 32 horas.
(150 Créditos - Educación Continuada)

P. W. Plata

PEDRO NEL RUEDA PLATA, MD

Presidente
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA DIABETES Y METABOLISMO

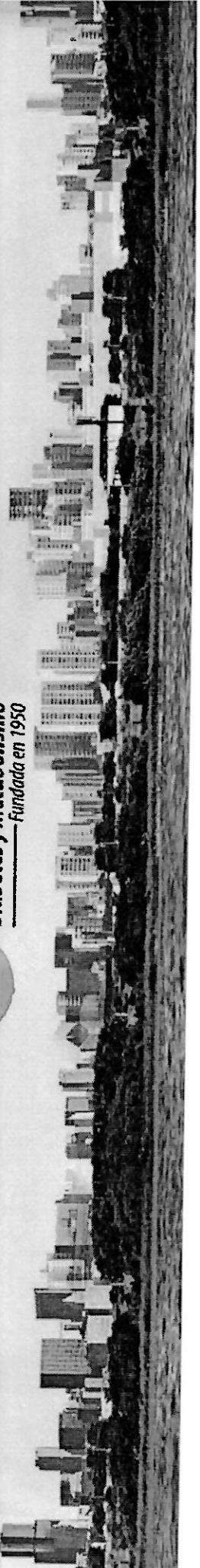


*Asociación Colombiana
de Endocrinología,
Diabetes y Metabolismo*
— Fundada en 1950

C. A. Cure

CARLOS ALBERTO CURE CURE, MD

Presidente 14 Congreso
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA DIABETES Y METABOLISMO



**X CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE MEDICINA INTERNA
Dr. José Luis Akaki
XXVI CONGRESO
ACMI - ACP**

La Asociación Colombiana de Medicina Interna ACMI hace constar que:

JHON DIAZ

ASISTIÓ AL X CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA INTERNA DR. JOSE LUIS AKAKI
XXVI CONGRESO ACMI - ACP, LOS DIAS 17 AL 20 DE AGOSTO DEL 2017,
REALIZADO EN CARTAGENA CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS Y 100 PUNTOS PARMII


Heli Hernández Ayazo
presidente SOLAMI


Gustavo Adolfo Parra
Presidente ACMI 2016-2018



60 AÑOS
#ACMI60

XXV CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA

JHON JADER DIAZ APONTE

ASISTIÓ COMO PARTICIPANTE AL XXV CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA
LOS DIAS 16 AL 18 DE AGOSTO DEL 2018, REALIZADO EN LA CIUDAD DE CALI
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS Y 100 PUNTOS PAMI


Maria Eugenia Casanova
Presidente del Congreso

CALI
CENTRO DE CONVENCIONES
VALLE DEL PACIFICO



Agosto 16 al 18
2018


Gustavo Adolfo Parra
Presidente ACMI 2016-2018



certifies that

Dr. Jhon Jader Díaz Aponte

has participated in

CReDO Conferences LATAM 2022

A stylized, handwritten signature in black ink, likely belonging to A. Enrique Caballero, MD.

A. Enrique Caballero, MD

Director of International Innovation Programs
Harvard Medical School



HARVARD
MEDICAL SCHOOL

Postgraduate
Medical Education

A stylized, handwritten signature in black ink, likely belonging to Fran Grega.

Fran Grega

Organizer of CReDO Conferences
President, Encore Medical Education





UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT
NIT 901213200-1

GERENCIA
UNIDA MEDICA DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT SAS
HACE CONSTAR

Que el señor Jhon Jader Diaz Aponte identificado con cédula de ciudadanía No. 2.234.850 presta sus servicios a la Unidad Médica de Especialistas de Girardot con Nit 901213200-1, como profesional en Medicina Interna conforme a contrato de prestación de servicios desde el 01 de marzo de 2024 el cual se encuentra vigente y cuenta con una excelente experiencia laboral el área, buenas relaciones interpersonales.

Los servicios se prestan de manera independiente, con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, sin ningún tipo de subordinación.

La presente solicitud se expide a solicitud de la interesada 12 de noviembre de 2025.

Cordialmente,


LEIDY LORENA PEÑA GARCIA
CC: 52713254
Tel: 3105668746
Subgerente

Certificación No. 034-2025

MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO en calidad de Gerente de **JUNICAL MEDICAL S.A.S.**; Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ánimo de lucro, constituida legalmente, Nit 901.164.974-0 y con número de matrícula mercantil 88110 de 2018 registrado en la Cámara de Comercio de Girardot Cundinamarca, con registro especial de prestador de salud número 253070324101.

CERTIFICA

Que entre **JUNICAL MEDICAL S.A.S.** y **JHON JADER DIAZ APONTE** identificado con cédula de ciudadanía No. 2.234.850, presta servicios profesionales especializados en **MEDICINA INTERNA**, contrato con las siguientes características:

Contrato No.1

CONTRATANTE:	JUNICAL MEDICAL S.A.S
CONTRATISTA:	JHON JADER DIAZ APONTE
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.
CONTRATO:	ESP 13 2019
FECHA DE INICIO:	16/09/2019
FECHA DE TERMINACIÓN:	06/09/2023

Contrato No.2

CONTRATANTE:	JUNICAL MEDICAL S.A.S
CONTRATISTA:	JHON JADER DIAZ APONTE
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA INTERNA.
CONTRATO:	ESP 045 2023
FECHA DE INICIO:	07/07/2023
FECHA DE TERMINACIÓN:	07/09/2026

Se expide a solicitud del interesado, a los catorce (14) días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco (2025), en la ciudad de Girardot- Cundinamarca.


JERONNY LOPEZ RIVEROS
Coordinadora Jurídica
Firma por encargo

juridica@juncalmedical.com.co

3214079944

Carrera 5 #20A - 37 Altos del Rosario, Carrera 6 No. 20 - 115 Altos del Rosario, Girardot.

www.juncalmedical.com.co

@clinicajuncal

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

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

CERTIFICA:

Que **JHON JADER DIAZ APONTE**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía No. 2.234.850 expedida en Ibagué, presto sus servicios profesionales a la **E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE**, desempeñando actividades como **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTERNISTA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DEPARTAMENTAL MÉDICO EN TU TERRITORIO, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CVI-1161-2025, EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE**, mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios No. 049-2026, durante el tiempo comprendido entre el 11 de febrero de 2026 hasta el 30 junio del 2026.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los siete (07) días del mes de julio de 2026.

Atentamente,



CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro, 
Katerna Guzmán Rico.
Contratista

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298756801**



PIB
19:57:54
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JHON JADER DIAZ APONTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 2234850:

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



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



Línea gratuita 018000910315

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 01 de julio de 2026, a las 20:00:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	2234850
Código de Verificación	2234850260701200019

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

CONTACTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:07:10 PM horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 2234850

Apellidos y Nombres: **DIAZ APONTE JHON JADER**

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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 01/07/2026 08:11:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **2234850** y Nombre: **JHON JADER DIAZ APONTE**.

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. **143147754** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir



**Dios y
Patria**

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



**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**

**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 20:15:14 horas del 01/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **2234850**,
Apellidos y Nombres **DIAZ APONTE JHON JADER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **centro de salud de ricaurte**, con NIT **900058219-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



**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 2234850 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/07/2026 08:18 PM



Código Verificación: **YV5748J2TU**

Válida hasta: **30/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 2 3 Actualización de oficio		4. Número de formulario 141189208335			
					(415)7707212489984(8020) 000014118920833 5
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 2 3 4 8 5 0		6. DV 6	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 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 2 2 3 4 8 5 0	
28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Tolima 7 3		30. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1	
31. Primer apellido DIAZ		32. Segundo apellido APONTE		33. Primer nombre JHON	
				34. Otros nombres JADER	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País OMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal TV 4 42 A 47 AP 202					
42. Correo electrónico medjader@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 1 8 0 8 3 8 0 7		45. Teléfono 2 6 0 1 8 8 8 7 8 8 8	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 1 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6 0 8 2 2		48. Código 8 6 2 1	
				49. Fecha inicio actividad 2 0 0 6 0 8 2 2	
				50. Código 4 9 2 3	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 1 6 2 2 4 7 5 2					
16- Obligación facturar por ingresos bienes					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
47 - Régimen Simple de Tributación - SIM					
52 - Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
Exportadores					
55. Forma		56. Tipo		Servicio 1 2 3	
				57. Modo	
				58. CPC	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0			
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 16.1.2.6 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			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre OJEDA PEDRAZA ELBA MATILDE		
			985. Cargo Inspector II		

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
Espacio reservado para la DIAN			Página 2 de 2 Hoja 2		
			4. Número de formulario 141189208335		
			(415)7707212489984(8020) 000014118920833 5		
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 2 3 4 8 5 0		6	Impuestos de Bogotá		3 2
Características y formas de las organizaciones					
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos 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					
Documento		1. Constitución		2. Reforma	
71. Clase					
72. Número					
73. Fecha					
74. Número de notaría					
Entidad de registro					
76. Fecha de registro					
77. No. Matrícula mercantil					
78. Departamento					
79. Ciudad/Municipio					
Composición del Capital					
Vigencia					
80. Desde				82. Nacional %	
81. Hasta				83. Nacional público %	
				84. Nacional privado %	
				85. Extranjero %	
				86. Extranjero público %	
				87. Extranjero privado %	
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 1 6	2 0 2 3 0 1 3 0			-
2	1 2 5	2 0 2 3 0 1 3 0			-
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	
				96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante					
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					

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-07-01 21:00**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JHON	JADER	DIAZ	APONTE

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 2234850

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento TOLIMA	Municipio IBAGUÉ	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio GIRARDOT	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio RICAURTE
Dirección	["CALLE 4 N. 14-22 B/EL PESEBRE"]	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$321.788.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$321.788.000,00

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	\$35.694.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$27.951,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$80.000.000,00
CASA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	\$460.000.000,00
CONSULTORIO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	\$150.000.000,00
EMPRESA	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	\$650.000.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	TOLIMA	IBAGUÉ	\$30.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	\$54.821.000,00
CREDITO	\$22.782.868,00
CREDITO	\$3.009.046,00
TARJETA DE CREDITO	\$1.336.248,00
TARJETA DE CREDITO	\$33.513.986,00
CREDITO	\$69.084.000,00
CREDITO	\$37.020.000,00

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
TRANSPORTE DE CARGA	PROPIETARIO
MEDICINA INTERNA	HONORARIOS

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
LEIDY	LORENA	PEÑA	GARCIA

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 52713254

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:

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHON JADER DIAZ APONTE identificado(a) con Cedula Ciudadania 2234850, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Julio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
33009582

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHON JADER DIAZ APONTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **2234850**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2016** 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 24 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.

Página 1 de 2

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,380,000	\$0	\$0	\$2,380,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,380,000	\$0	\$0	\$2,380,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$341,100	\$0	\$0	\$341,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$341,100	\$0	\$0	\$341,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,750,000	\$0	\$0	\$1,750,000
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$1,750,000	\$0	\$0	\$1,750,000
TOTAL				1	\$4,471,100	\$0	\$0	\$4,471,100

Colombia



Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

OR DE AUTENTICIDAD



ID: ee1effeb-97d9-48c3-b0c3-90c31ba686c

Nombres y apellidos / Full name

JHON JADER DIAZ APONTE

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

2 2 3 4 8 5 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

11/05/1981

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Comen electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail[illegible]

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.

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE
DATOS PERSONALES**

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

1. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo dispone las normas vigentes que rigen esta materia.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: OBTENER SOPORTES DOCUMENTALES QUE PERMITAN ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS PARTES (CONTRATISTA - ENTIDAD).
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Entidad y observando las normas vigentes sobre protección de datos personales.
6. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

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

Firma:

Nombre:

Identificación:


Juan Jader Díaz Aponte
2234850

Resultado General -2026-01-16→10:04:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	2234850	JHON	JADER	DIAZ	APONTE		Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JHON JADER DIAZ APONTE identificado(a) con CC 2234850 registra La siguiente información:

2026-01-16→10:04:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	2011-02-11	41914	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2005-06-02	695	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación
Prestos SSO	Local	COLOMBIA TOLIMA PLANADAS	2004-09-17	2015-03-16	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina

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

EDUCOTOLIMA

EDUCACIÓN CONTINUADA DEL TOLIMA

NIT 901368780-5

CERTIFICADO

DE ASISTENCIA AL CURSO DE EDUCACION CONTINUADA EN
SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO BLS Y ACLS

A

Jhon Jader Diaz Aponte cc:2234850

INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

IBAGUE – TOLIMA, ENERO 27 DEL AÑO 2026

CODIGO VERIFICACION: 2234850-12-26

VIGENCIA: Se recomienda actualizar cada 2 años o según Normatividad vigente

Juan Pablo Ballester
COORDINADOR ACADEMICO

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Ardaya Rivas

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

REPRESENTANTE LEGAL

La autenticidad de este certificado puede ser solicitado por correo electrónico a: educotolima@gmail.com con el código de verificación Educación informal EL DURSE "art 2.6.6.8". decreto ley 2150/95. REGISTRO MERCANTIL 313607 CAMARA COMERCIO DE IBAGUE

CODIGO DE VERIFICACIÓN





AYUDA VITAL

LA AYUDA VA POR TI
N.I.T 1069725673-0

AYUDA VITAL COLOMBIA

LA AYUDA VA POR TI

Hace Constar Que

JHON JADER DIAZ APONTE

C.C: 2.234.850

Cursó y aprobó la acción de formación

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS POR VIOLENCIA SEXUAL

Está constancia es expedido el día 16 de Noviembre del 2024 en Girardot Cundinamarca, con una intensidad de (40) horas. La presente constancia se expide mediante marco normativo para educación informal y no conduce a título o certificación de aptitud ocupacional.




Yeider Fernando Martínez Aguilar
Tec Aux Enfermería - Bombero
REPRESENTANTE LEGAL




Jhon Edison Padilla Ortiz
Tec Aux Enfermería - Bombero
INSTRUCTOR

Fecha Expedición

16/11/2024

Fecha Vencimiento

16/11/2026

La autenticidad puede ser verificada mediante solicitud al correo,

Indicando numero de ACTA

E-mail: ayudavitalcolombia@gmail.com

N° Acta

054-05-2024



SEGUROS
DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN IBAGUE	SUCURSAL IBAGUE	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 25-03-101008278	ANEXO No. 6
TOMADOR JHON JADER DIAZ APONTE	DIRECCION MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD GIRARDOT, CUNDINAMARCA	CC 2.234.850	TELEFONO 3118083807
ASEGURADO JHON JADER DIAZ APONTE	DIRECCION MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD GIRARDOT, CUNDINAMARCA	CC 2.234.850	TELEFONO 3118083807
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 04 / 09 / 2025	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 09 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 09 / 2026		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 09 / 2025 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 08 / 09 / 2026	
INTERMEDIARIO MARGARITA MARIA ROBLEDO VELEZ	CLAVE 122836	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION	

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA INTERNA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 928,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	\$ 928,000,000.00		\$ 100,000,000.00

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:	\$ *****928,000,000.00	PRIMA:	\$ *****634,470.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****120,549.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****755,019.00

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 SERA 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 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415)7709998021167(8020)11005611354569(3900)000000755019(96)20251023

REFERENCIA
PAGO:
1100561135456-9

25-03-101008278

FIRMA ASESORADO

CLIENTE

TOMADOR

DANIELLOPEZ

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



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO		POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION		25-03-101008278	6
TOMADOR	JHON JADER DIAZ APONTE		CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3118083807
ASEGURADO	JHON JADER DIAZ APONTE		CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA	TELEFONO 3118083807
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

RENOVACION 2025-2026

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

SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

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

SE ADJUNTA CONDICIONADO GENERAL

SEGN FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001

ACTIVIDAD DE

LA SALUD ASEGURADA: MEDICINA INTERNA

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracin de asegurabilidad, e indemnizar hasta el lmite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicio patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la pliza y se encuentren debidamente probados.

A consecuencia de actos errneos, negligencia o impericia, accin u omisin, 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 pliza y por los cuales sea civilmente responsable.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacin (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacin expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta pliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la pliza, reducir en igual proporcin el lmite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFOS: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, cuando se haya generado prdida econmica como consecuencia directa de daos materiales personales al beneficiario de la respectiva indemnizacin por un evento amparado por la pliza.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

2.1. SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MDICOS:

Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacin o administracin de alimentos y bebidas, materiales mdicos, quirrgicos dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisin directa de ste.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las dems exclusiones sealadas en el captulo de exclusiones de est cotizacin.

2.2. 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 posesin y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnstico o teraputico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estn reconocidos por la ciencia mdica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3. GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizar al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacin que pueda constituirse en una prdida demostrada bajo los trminos de este seguro.

Los gastos de defensa sern reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama ocurran durante la vigencia de la pliza y hayan sido causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares del presente contrato de seguros.

SEGURESTADO reconocer como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la pliza, previa aplicacin del deducible indicado en la cartula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de tica mdica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagarn por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

AMPARO BASICO ; SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS ; USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

VALOR ASEGURADO \$928.000.000

GASTOS DE DEFENSA Lmite por : OPCION No 1

Evento 15.000.000

Vigencia 100.000.000

DEDUCIBLES

DEDUCIBLES AMPARO OPCION No 1

GASTOS DE DEFENSA 10%



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD					POLIZA No.		ANEXO No.	
SUCURSA.		TIPO DE MOVIMIENTO			25-03-101008278		6	
IBAGUE		ANEXO DE RENOVACION						
TOMADOR	JHON JADER DIAZ APONTE				CC	2.234.850		
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA		CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA		TELEFONO	3118083807	
ASEGURADO	JHON JADER DIAZ APONTE				CC	2.234.850		
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA		CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA		TELEFONO	3118083807	
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS				NIT	0-0		

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

DEMÁS AMPAROS 10% - Min 1 SMMVL

EXCLUSIONES

Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

- 1.Reclamaciones por daños genéticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto médico no deseado, organismos patógenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo después del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
- 2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesión de la salud con fines diferentes al diagnóstico o terapia, de actos médicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorización de la autoridad competente.
- 3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud, por la prestación de sus servicios profesionales en el consultorio o en los predios del asegurado.
- 4.Perjuicios causados por la prestación de servicios de salud por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.
- 5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcohólicas, intoxicantes o narcóticas.
- 6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos médicos que no cuentan con aprobación y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia médica (sociedades científicas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.
- 7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos médicos no reconocidos por las diferentes sociedades científicas y que no están incluidos en forma expresa en la clasificación técnica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolución 5171 de 2017 del ministerio de salud y protección social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.
- 8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirúrgicos de tipo estético o cosmético, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, siempre que sea realizada por un especialista.
- 9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos médicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproducción (facilitan el embarazo) por cualquiera de las técnicas de reproducción asistida, ya sea por inseminación artificial o fecundación in vitro.
- 10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupción del embarazo.
- Para el caso específico del aborto (interrupción voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal y/o constitucional, como:
 - I-Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
 - II-Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
 - III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de vulo fecundado no consentidas, o de incesto.
- 11.Responsabilidad civil profesional por emisión de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento de un paciente.
- 12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infección con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
- 13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, o sanciones de carácter administrativo.
- 14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o científicas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiación ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio de enfermedades o agentes patógenos.
- En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta póliza. Esta exclusión no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condición de paciente.
- 15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta póliza.
- 16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institución de la salud acreditada 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 atención al paciente. Salvo lo señalado en el artículo 7 de la ley 23 de 1981 y las que lo modifiquen, que dice:
cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:
 - A.Que el caso no corresponda a su especialidad?
 - B.Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya?
 - C.Que el enfermo rehusa cumplir las indicaciones prescritas.Caso en el cual SEGURESTADO respaldará al asegurado únicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el límite pactado en la cartula de la póliza y con sujeción a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clínica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
- 19.Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
- 20.Violación del secreto profesional.
- 21.Pérdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electrónico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
- 22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algún convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o terapéutico. Así, como del incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.
- 23.Actos médicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente póliza que lleven a una reclamación que pretenda afectar la cobertura de la misma.



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101008278	6
TOMADOR	JHON JADER DIAZ APONTE	CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA
ASEGURADO	JHON JADER DIAZ APONTE	CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguíneos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clínica del asegurado.

25. La transmisión de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestación de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad.

26. Actos médicos indirectos, y los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia, etc.

27. Actos médicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28. Filtraciones contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes específicas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patológicos.

29. Organismos patógenos.

30. Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehículos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aéreos, terrestres o acuáticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, as como los daños causados a los vehículos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

31. Atención o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalización en casa (SHEC) y programa de hospitalización domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestación de servicios con una institución/entidad prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC.

32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.

33. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34. Responsabilidad civil patronal, prácticas laborales incorrectas o de cualquier obligación 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, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad social semejante, sea pública o privada.

35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier otra entidad.

36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I- Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o comoción civil alcanzando la proporción 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, lesión, estrago o interrupción o comisión 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 económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37. Cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbesto, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación en cualquier ambiente, construcción 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 creación hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La acción de energía atómica.

II- Radiaciones ionizantes, o contaminación por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustión de materia nuclear. Explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de tomos de radioactividad.

III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. As como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, as como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su carácter de funcionario o servidor público según lo define la ley correspondiente. En todo caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40. Responsabilidad civil profesional del rea o actividades netamente administrativas.

41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas, teléfono.

42. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, as como también los daños causados por la acción paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, 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 contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.

45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, as como el uso de armas de fuego.

46. Carga o descarga de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.

47. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). As como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

48. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación 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 médico quirúrgico.

50. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disenso informado.

51. Por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.

52. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la República de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURO no se



**SEGUROS
DEL
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101008278	6
TOMADOR	JHON JADER DIAZ APONTE	CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA
ASEGURADO	JHON JADER DIAZ APONTE	CC	2.234.850
DIRECCION	MANZANA C CASA 5 CONDOMINIO MADEIRA	CIUDAD	GIRARDOT, CUNDINAMARCA
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:
53. Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirrgicos y no quirrgicos de tipo esttico y/o cosmtico, salvo que se trate de intervenciones o ciruga reconstructiv posterior a un accidente o ciruga correctiva de anormalidades congntas, siempre que sea realizada por un especialista.

54. Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

55. Procedimientos sin la autorizacin para realizacin de la ciruga e intervencin, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Mdico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

56. El Asegurado no mantenga la historia clnica del paciente al da y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

57. Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucin No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No 538 de 2020 y los dems que lo reglamenten y/o lo modifiquen.

58. Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de teleorientacin y de teleapoyo.
59. Se excluye la prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesin en el momento de la atencin en salud.

60. La prestacin de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a travs de un prestador de servicios d salud legalmente habilitado en Colombia.

61. No tienen cobertura bajo sta pliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional mdica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

62. Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Ciberntico: exclusin de prdida de datos y cyber liability: esta pliza excluye cualquier responsabilidad, reclamacin, prdida, dao o gast derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programacin, uso malicioso, infeccin por programas maliciosos o virus extorsin, destruccin, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen tambin prdidas, daos responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificacin, corrupcin, prdida, destruccin, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamient ilegal o no autorizado o revelacin de datos, destruccin o robo de cualquier computadora o aparato electrnico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de informacin personal o corporativa en cualquier formato o soporte.

63. Exclusin de enfermedad transmisible: LMA5394 -96

1. Este contrato excluye cualquier prdida, dao, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultad de, derivado de o en conexin con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.

2. Como se usa en este documento:

a) Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacin o variacin de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:

I. La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parsito, u otro organismo o cualquier variacin de este, ya sea que se considere vivo o no, y

II. El mtodo de transmisin ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmisin por el aire, transmisin de fluidos corporales, transmisin desde o hacia cualquier superficie u objeto; slido, lquido o gaseoso; o entre organismos.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA

CONDICIONES ADICIONALES: FECHA MXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 das calendaricas contados desde la fecha de inicio de vigencia de la pliza.

REQUISITOS DE EXPEDICION SUBJETIVIDADES

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

Quando el tomador y/o asegurado contrate plizas con el propsito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras plizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

- No renovacin tcita o automtica: la pliza no ser renovada automticamente, sino que, para efectos de su renovacin, el asegurado deber solicitar la renovacin con 30 das calendario de anticipacin al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentar los trminos y condiciones de acuerdo con la evaluacin del riesgo que se efecte.

- No se otorga restablecimiento del valor asegurado