Sahagún,
27 de julio de 2.026.

Dr.
GHASSAN NADER NAME
GERENTE
E.S.E CAMU SAN RAFAEL
E. S. M

REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA No. 371 de 2.026.

ASUNTO: Propuesta técnica y económica para la contratación que tiene por objeto la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA COADYUVAR Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS E INTERVENCIONES DESTINADAS AL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 00287 DEL 17 DE FEBRERO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A CARGO DE LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, CÓRDOBA.

EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE identificada con CC No. 32.716.946 expedida en Barranquilla, Atlántico; por medio del presente documento, de manera muy comedida y respetuosa, y atendiendo la invitación para contratar recibida de parte de la E.S.E, me permito presentar propuesta para realizar y ejecutar las actividades derivadas del contrato que eventualmente se suscriba y que tenga por objeto la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA COADYUVAR Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS E INTERVENCIONES DESTINADAS AL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 00287 DEL 17 DE FEBRERO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A CARGO DE LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, CÓRDOBA.

ACTIVIDADES PROPUESTAS:

Además de las obligaciones generales consignadas en la invitación recibida, asumo en responsable e irrevocable compromiso de cumplir con las siguientes actividades:

1. Brindar acompañamiento como médico especialista en pediatría en el marco de la Resolución 000287 del 17 de febrero de 2026, para adelantar la valoración de los pacientes, realizar acciones de promoción, prevención e intervenciones individuales en las diferentes jornadas de salud y actividades extramurales en el micro territorio urbano y rural. Lo

anterior, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud.
2. Realizar consulta de primera vez por la especialidad de pediatría en la modalidad de atención intramural y/o extramural conforme al cronograma de actividades concertado con la Coordinadora del programa EBS designada por la E.S.E CAMU SAN RAFAEL. En todo caso, se deberán adelantar todas las acciones que sean requeridas para cumplir la meta de atenciones proyectadas según la tabla No. 7 *"Operación de EBS vigencia 2026 - ESE"* del Acta de Concertación No. 1 (versión 01) de fecha 12/02/2026, el cual hace parte integral del estudio previo de conveniencia y oportunidad, el contrato y, en general, de los documentos soporte del proceso de contratación.
3. Realizada la consulta, adelantar la prescripción y suministro de medicamentos si a ello hubiere lugar. Lo anterior, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud.
4. Realizar consulta de control por la especialidad de pediatría en la modalidad de atención intramural y/o extramural conforme al cronograma de actividades concertado con la Coordinadora del programa EBS designada por la E.S.E CAMU SAN RAFAEL.
5. Analizar resultados de pruebas, estudios de imagen y otras pruebas diagnósticas que pudieren llegarse a necesitar con ocasión o como soporte de la consulta especializada cuando a ello haya lugar
6. Brindar información a cuidadores sobre prácticas de cuidado y señales de alerta de la salud de los pacientes priorizados (primera infancia, infancia y adolescencia).
7. Ajustar y actualizar el plan de cuidado en coordinación con los otros especialistas del EBS en caso de ser necesario; teniendo en cuenta la atención brindada en el Sistema Integrado de la Atención Primaria en Salud SI-APS.
8. Mantener comunicación constante con los equipos básicos de salud del territorio para el seguimiento al plan de cuidado primario.
9. Realizar reporte de casos objeto de vigilancia epidemiológica de acuerdo a los protocolos establecidos para vigilancia en salud pública de manera oportuna ante las autoridades de salud o sanitarias para lo de su competencia cuando a ello haya lugar
10. Hacer entrega de los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) debidamente diligenciados con los datos básicos que el sistema de salud requiere para documentar cada atención médica prestada, haciendo uso del formato dispuesto por la E.S.E y que permita el reporte de los códigos CUBS correspondientes.
11. Garantizar la capacitación y transferencia de conocimientos a los miembros de los Equipos Básicos sobre las diferentes Guías y Protocolos de Atención de enfermedades prevalentes en el territorio y que sean objeto de atención desde su área de conocimiento con el objetivo de fortalecer y mejorar el manejo y diagnóstico. Para este efecto, deberá hacer uso del formato de charla educativa dispuesto por la E.S.E. Así mismo, orientar a los profesionales de los equipos básicos de salud para el manejo clínico de casos prioritarios si a ello hubiere lugar.
12. Garantizar la atención oportuna y en óptimas condiciones de calidad a los pacientes que por su estado de salud les sea imposible desplazarse a los puestos de salud, cuando a ello haya lugar. Para este efecto, la E.S.E deberá disponer y garantizar la disponibilidad del transporte del profesional hasta el sitio en el que deba realizarse la atención del paciente.
13. Diligenciar los formatos, bases de datos e informes requeridos para la ejecución de equipos especializados en salud. Así mismo, cargar en el *Drive* dispuesto por la E.S.E, todas

las evidencias requeridas para soportar la ejecución del programa en la plataforma PISIS y demás organismos o entidades encargadas de hacer seguimiento o auditoría a este.
14. Garantizar la confidencialidad de la información a la que tenga acceso durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de la normatividad vigente en protección de datos y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
15. Asistir puntualmente a las capacitaciones, reuniones o actividades de inducción y reinducción que programe la institución y que estén relacionadas con las actividades contratadas y/o la operatividad, ejecución y/o seguimiento del programa EBS.
16. Cumplir con las normas de bioseguridad, reglamento interno de trabajo, políticas institucionales y demás disposiciones internas de la E.S.E.
17. Apoyar a la coordinadora del programa de EBS, en la realización y programación del cronograma mensual de actividades.
18. Realizar acompañamiento en los comités de seguimiento mensuales con EPS y Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud, cuando a ello haya lugar y así le sea requerido por la Coordinadora del Programa EBS.
19. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.
20. Apoyar la recopilación y organización de la información requerida para el cargue y reporte de información de la ejecución de los recursos aquí asignados, en el aplicativo dispuesto por este Ministerio, de conformidad con la Resolución 2361 de 2016 modificada por la Resolución 737 de 2024, o aquella que la adicione, modifique o sustituya.

En ejecución de las obligaciones, daré estricto cumplimiento a las directrices, guías y orientaciones contenidas en el Lineamiento técnico - operativo de equipos básicos de salud: conformación, operación y seguimiento; el cual permite orientar a los actores del sistema de salud en la conformación, operación y seguimiento de los Equipos Básicos de Salud para el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo que garantice el derecho fundamental a la salud e incida en los resultados en salud de las personas, familias y comunidades del territorio.

OFERTA ECONÓMICA:

Acepto en toda su extensión las condiciones establecidas en la invitación por lo cual oferto mis servicios por un valor total de TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS MCTE ($32.000.000,00).

FORMA DE PAGO: Acepto en toda su extensión las condiciones establecidas en la invitación por lo cual me allano a las siguientes condiciones de pago:

a).- CUATRO PAGOS MES VENCIDO por valor de OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($8.000.000,00), previa revisión y aprobación por parte del supervisor del Contrato.

El plazo propuesto para la ejecución de las labores ofertadas en el presente documento es de CUATRO (04) MESES contados a partir del acta de inicio.

Junto con la presente propuesta, adjunto los documentos que soportan mis condiciones académicas y de experiencia que me permiten acreditar la idoneidad y experiencia para la ejecución de cada una de las actividades ofertadas en el marco de la resolución 000287 del 17 de febrero de 2026 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social "*Por la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, del rubro "Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993", para el fortalecimiento del nivel primario, basado en la Atención Primaria en Salud, a través de la conformación y operación de equipos básicos de salud*".

De manera cordial y atenta,

EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE
CC No. 32.716.946 expedida en Barranquilla, Atlántico

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
SIMANCAS	ESCALANTE	EVELYN ESTHER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32.716.946

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 03 MES 07 AÑO 1966

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ATLANTICO

MUNICIPIO: BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KRA 12 N° 9- 55

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA

MUNICIPIO: SAHAGUN

TELÉFONO: 3126690109 EMAIL: simancasevelyn@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES _ AÑO 1983
				X						X	

EDUCACION 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UNIVER	10	X		MEDICO Y CIRUJANO	01	1990	2870-92
ESPEC	6	X		PEDIATRÍA	11	1998	
ESPEC	4	X		GASTROENTEROLOGIA	10	1999	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN		*PÚBLICA* √	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* SAHAGUN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 7589700	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PEDIATRA	*DEPENDENCIA* HOSP. SAN JUAN S/GUN		*DIRECCIÓN* AV. HOSPITAL	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD IPS CLINICA SAHAGUN		*PÚBLICA* √	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	*MUNICIPIO* SAHAGUN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* CLINICA SAHAGUN		*DIRECCIÓN* SAN PEDRO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LAS PEÑITAS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* √	*PAÍS* COLOMOBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCLEJO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO GASTROPEDIATRA	*DEPENDENCIA* CLINICA LAS PEÑITAS		*DIRECCIÓN* SINCELEJO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD VIVA 1ª IPS		*PÚBLICA*	*PRIVADA* √	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO GASTROPEDIATRA	*DEPENDENCIA* CLINICA LAS PEÑITAS		*DIRECCIÓN* SINCELEJO	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
INSTITUTO DE SISTEMA NERVIOSO DE CORDOBA SAS		√	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGUN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO 2024	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PEDIATRA	CLINICA SAN SEBASTIAN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MEDICINA INTEGRAL		√	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	MONTERIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO 2018	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GASTROPEDIATRA	MEDICINA INTEGRAL	MONTERIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO MEDICO SANTA MARIA		√	COLOMOBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CORDOBA	SAHAGÚN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO 2020	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GASTROPEDIATRA	CENTRO MEDICO SANTA MARIA	SAHAGÚN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	18	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		

5 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: SAHAGUN – CORDOBA ABRIL 29 DE 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

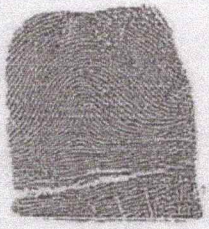
NUMERO 32716946

SIMANCAS ESCALANTE
APELLIDOS

EVELYN ESTHER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1966

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

09-DIC-1985 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2700100-59082741-F-0032716946-20000819 0437400231A 01 087091760

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 10 de julio de 2026, a las 09:13:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	32716946
Código de Verificación	327169462607100913O3

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299255946

PIB
09:11:07

Bogotá DC, 10 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) EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32716946:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:08:21 AM horas del 10/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **32716946**

Apellidos y Nombres: **SIMANCAS ESCALANTE EVELYN ESTHER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/07/2026 08:56:26 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **32716946** y Nombre: **EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE.**

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. **143663976** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 32716946 **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 10/07/2026 09:27 AM

Código Verificación: **Z582NHPLQS**

Válida hasta: **08/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:53:13 horas del 23/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **32716946,** Apellidos y Nombres **SIMANCAS ESCALANTE EVELYN ESTHER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CAMU SAN RAFAEL DE SAHAGUN**, con NIT **812002579-2** 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

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14774756088

(415)7707212489984(8020) 000001477475608 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 2 7 1 6 9 4 6	2	Impuestos y Aduanas de Montería	1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 2 7 1 6 9 4 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIMANCAS	ESCALANTE	EVELYN	ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Sahagún 6 6 0

41. Dirección principal
CR 12 9 55

42. Correo electrónico gastroclinic-2011@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 0 0 1 0 1	0 1 5 0	2 0 1 3 0 2 0 1				2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 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 SIMANCAS ESCALANTE EVELYN ESTHER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32716946
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	KR 12 9-55	TELÉFONO:	7833637
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - 001
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6025735250**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		514713729	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 768.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 768.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 600.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 600.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 117.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 117.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.485.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.485.000**

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	32716946
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE
CIUDAD/MUNICIPIO	BANAGUN	DEPARTAMENTO	CORDOBA
DIRECCIÓN	KR 12 B 55	TELÉFONO	7833037
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	001 - 001
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		69257315250	TIPO DE PLANILLA				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	MES AÑO	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	MES AÑO	2026
DÍAS DE MORA			3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2026/03/27	NUMERO AUTORIZACIÓN			514713729

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 768.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 768.000	$ 0	$ 768.000
SUBTOTALES:										$ 768.000	$ 0	$ 768.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 600.000	$ 600.000	$ 0	$ 0	$ 600.000	$ 0	$ 0	$ 600.000
SUBTOTALES:													$ 600.000	$ 0	$ 0	$ 600.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 117.000	$ 117.000	$ 0	$ 0	$ 117.000
SUBTOTALES:									$ 117.000	$ 0	$ 0	$ 117.000

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA

Universidad Libre de Colombia

Seccional del Atlántico

En atención a que

Evelyn Esther Simancas Escalante

C.C. No. 32.715.945 de Barranquilla

Ha cursado todos los estudios superiores y cumplido los requisitos
establecidos por la Universidad y las disposiciones legales
En la Facultad de Medicina

Le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio
de Educación Nacional
El Título de:

Médico y Cirujano

En fé de lo cual se firma y se sella este Diploma, por: El Rector de la Universidad,
el Secretario General, el Decano de la Facultad, el Secretario Académico y el Jefe de Educación Médica

a los 26 días del mes de Enero de 19 90

El Rector | El Secretario General | El Decano | El Jefe de Educación Médica

El Secretario Académico

Registrado al folio No. 1834
del libro de Diplomas No. XVII

Secretaría de Educación
Barranquilla 29 de Enero/90
Registrado bajo el No. 2.824
del libro No. 67
Folio No. 529

Secretario de Educación

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
SECCIONAL DEL ATLANTICO
FACULTAD DE MEDICINA

FOLIO No. 1.334

ACTA No. 1.334

Aprobada según Resolución No. 2519 de Diciembre de 19 83
emanada del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
04 9211
COYA FIRMA APARECE EN EL DOCUMENTO DESEMPEÑA LAS FUNCIONES INDICADAS
NO SE ASUME RESPONSABILIDAD DEL TEXTO
BOGOTA D.C. JEFE DE LEGALIZACIONES
1990 FEB 15 A 10:48

ACTA DE GRADO

Promoción No. XVII de 19 89

Graduación, 26 de Enero de 1990
Ceremonia Solemne.

En la ciudad de Barranquilla a los 26 días del mes de Enero de 19 90.- se instaló en el Aula Máxima de la Universidad Libre el honorable Consejo Académico de la Facultad y considerando que el alumno:

SIMANCAS ESCALANTE EVELYN ESTHER.- 32.716.946
C.C. No.

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los Reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes, habiendo obtenido un promedio de calificaciones de:

TRES SEIS OCHO (3.68)

A continuación el señor Decano en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el Juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,

Decano (Fdo) HENRY TRILLOS NAUZA

Secretario Académico (Fdo) CARLOS JIMENEZ RETAMOZO

Es fiel copia de su original

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 002570 DE 199

Por la cual se concede una autorización

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución Número 8078 de fecha 26 de 1991 según facultad conferida por el Decreto 3134 de 1968, y

CONSIDERANDO

Que EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE con C.C. No 32'710.617

de BARRANQUILLA ha solicitado el registro de su TITULO

de MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL ATLANTICO, el 25 de enero de 1990

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO

Al folio 039 del libro 67 de 29 de enero de 1992

Que CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SERVICIO SECCIONAL DE SLAUD DE BOYACA

RESUELVE

ARTICULO UNICO - Autorízase a EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud, 14 ABR. 1992

ESMERALDA VARGAS VALLEJO
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

ESPERANZA M. DE LOBO
JEFE DIVISION DE DESARROLLO

República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FISCALIZACION SANITARIA
DIRECCION NACIONAL DE FISCALIZACION SANITARIA

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA

EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL por intermedio de la DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE RECURSOS DE SALUD autoriza a SIMANCAS ESCALANTE, Evelyn Esther, Matricula Profesional Nº 91.962 a anunciarse como ESPECIALISTA en P E D I A T R I A en razón de haber acreditado los recaudos legales correspondientes, de acuerdo al art. 21 inc. a de la Ley 17132 y mod. Ley 23873

Expediente Nº 2002-4682-98-1

Buenos Aires, 30/10 y 4 de Noviembre de 1998

Nro. de Orden

Dr. STAWNICZY JUAN IGNACIO
MEDICO INSPECTOR - LEG. 61580
DIREC. REG. Y FISC. RECURSOS DE SALUD

Este certificado de especialista debe ser revalidado a los 5 (cinco) años de su emisión.

Dr. JORGE MIGUEL ANTONIAK
DIRECTOR
DIRECCION DE REGISTRO Y FISCALIZACION DE RECURSOS DE SALUD

Firma y sello aclaratorio

Form. 1 - 3.2.5.

Imprenta Central "Prof. Dr. Ramón Carrillo"

República Argentina

Universidad del Salvador

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad de Medicina

Por cuanto: Evelyn Esther Simancas Escalante (DNI 93375912), natural de Barranquilla - Colombia ha terminado el 27 de octubre de 1999 los estudios correspondientes a la carrera: Médico Especialista en Gastroenterología.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos el presente título de Médica Especialista en Gastroenterología.

Buenos Aires 2 de febrero de 2000

Rector

Decano

ICFES

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº 01283 DE 20

(15 NOV. 2000)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO :

Que EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 32.716.946 de Barranquilla (Atl.), presentó ante este instituto el título de MEDICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA, otorgado el 2 de febrero de 2000, por la UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 18119/2000;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 26 de enero de 1990, por la Universidad Libre de Colombia - Seccional Atlántico, Barranquilla, Colombia.

Que la Dirección General de ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga más de 5 años de expedida;

RESOLUCION NUMERO 01285 DE 2000 HOJA No.

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, se convalidó el título mediante resolución 956 del 24 de agosto de 2000, previo concepto de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, el cual se considera aplicable en esta oportunidad;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de MEDICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA, otorgado el 2 de febrero de 2000, por la UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, Buenos Aires, Argentina, a EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 32.716.946 de Barranquilla (Atl.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 06 NOV 2000

- 6 DIC. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirectora de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE:
FIRMA:
C.C. Nº

ICFES

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº 01283 DE 20

(05 NOV. 2000)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO :

Que EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 32.716.946 de Barranquilla (Atl.), presentó ante este instituto el título de MEDICA ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA, otorgado el 2 de febrero de 2000, por la UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, Buenos Aires, Argentina para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 18119/2000;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 26 de enero de 1990, por la Universidad Libre de Colombia - Seccional Atlántico, Barranquilla, Colombia.

Que la Dirección General de ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga más de 5 años de expedida;

RESOLUCION NUMERO 00753 DE 20 10 JUL. 2000 HOJA No.

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, se convalidó el título mediante resolución 430 del 19 de marzo de 1996, previo concepto de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, el cual se considera aplicable en esta oportunidad ;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el certificado de ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, otorgado el 4 de noviembre de 1998, por EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL - SECRETARIA DE POLITICA Y REGULACION DE SALUD, Buenos Aires, Argentina, a EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE, ciudadana colombiana, con cédula de ciudadanía 32.716.946 de Barranquilla (Atl.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 10 JUL. 2000

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirectora de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE: Evelyn Delgado
FIRMA:
C.C. Nº. 32.716.946 B/q

REPUBLICA ARGENTINA

Poder Ejecutivo Nacional
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

Por cuanto EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE

Pasaporte Nº 32.716.946 *De* COLOMBIA

Ha completado su formación como Becario Extranjero Adscrito al Programa de Residencia en el servicio de:

CLÍNICA PEDIÁTRICA

Del Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas
Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Desde el 20-3-95 *Hasta el* 17-4-98

Se le otorga el presente certificado que así lo acredita

Buenos Aires 31 DE MAYO de 19 98

Jefe de Servicio
DR. HORACIO REPETTO

Dr. MAURICIO SCHRAIER
Coordinador de Docencia e Investigación
Coordinador de Doc. e Investigación

Director del Hospital

Director de Planificación OVIEDO



GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Evelyn Simancas Escalante

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 32.716.946

Asistio al programa correspondiente a:

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES POR AGENTES QUÍMICOS

Con una duración de **80** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deimes Sosa Nova
Coord. Registro y control

Expedido el dia : 09-09-2022
Vigencia hasta el dia : 09-09-2024

Director General

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Evelyn Simancas Escalante

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 32.716.946

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de **48** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Delmy Sosa Nova
Coord. Registro y calidad

Expedido el dia : 09-09-2022
Vigencia hasta el dia : 09-09-2024

Alejandro [illegible] Villacacha
Director General

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Evelyn Simancas Escalante

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 32.716.946

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de **40** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deimes Sosa Nova
Coord. Registro y control

Expedido el dia : 09-09-2022
Vigencia hasta el dia : 09-09-2024

Alejandro Forero Vacacha
Director General



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº
01 - 2870/1992
Firma Médico
Nombres y Apellidos
EVELIN ESTHER SIMANCAS E.
C.C. o C.E. C 32716946 De BARRANQUILLA
Universidad
LIBRE ATLANTICO BARRANQUILLA
Código 36884-23 Fecha de Expedición 26/08/2003



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

La salud es de todos | Minsalud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE

C.C. 32716946



MEDICO

Universidad Libre

Barranquilla

Grado: 26/01/1990

Registro: M7047992

ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192de 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

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 *

32716946

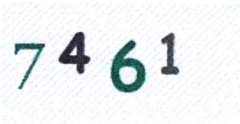
Primer Nombre

EVELYN

Primer Apellido

SIMANCAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1009

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-07-23→2:06:14 PM -2026-07-23→2:54:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	32716946	EVELYN	ESTHER	SIMANCAS	ESCALANTE	Vigente

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) EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE identificado(a) con CC 32716946 registra La siguiente información:

2026-07-23→2:54:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Pediatría	2000-07-10	47763	COLEGIO MEDICO COLOMBIANC
ESP	Extranjero	Gastroenterología Pediátrica	2000-11-08	47764	COLEGIO MEDICO COLOMBIANC

UNV	Local	MEDICINA	1992-04-14	2870	COLEGIO MEDICO COLOMBIANC

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Pr Pre
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOYACÁ|BOYACÁ	1990-02-01	1991-12-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	M

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

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN
NIT.812 003 851 - 0
TEL.7589700 - 7587539 - 7587670 - FAX. 7777507
SAHAGÚN - CÓRDOBA

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DE LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN

CERTIFICA QUE:

EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE 32.716.946., identificada con la C.C. N° **32.716.946**, se encontraba vinculada mediante los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO	OBJETO	OBLIGACIONES	INICIO	FIN
N°114-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA LA OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD - E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE LA CIUDAD DE SAHAGÚN CORDOBA	• Realización de consulta de primera vez en la modalidad de atención extramural y extramural en jornadas de salud. • Realización de Consulta de control o seguimiento en la modalidad de atención extramural y extramural en jornadas de salud. • Analizar resultados de pruebas de laboratorio, estudios de imagen y otras pruebas diagnósticas • Brindar información a cuidadores sobre prácticas de cuidado y señales de alerta • colaboran para fortalecer el plan de cuidado primario en permanente coordinación con los agentes del sistema de salud en el territorio. • Ajustar y coordinar el plan de cuidado con otros especialistas de ser necesarios. • Cumplir con cronograma mensual de despliegue y plan de trabajo de los equipos especializados en salud en los territorios y sus micro territorios • Mantener comunicación con los equipos básicos de salud del territorio para el seguimiento al plan de cuidado primario. • Realizar reporte de casos para vigilancia en salud pública de manera oportuna. • Asesorar a los profesionales de los equipos básicos de salud para el manejo clínico de casos prioritarios. • Diligenciar formatos, bases de datos e informes requeridos para la ejecución de equipos especializados en salud. • Garantizar la confidencialidad de la información a la que tenga acceso durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de la normatividad vigente en protección de datos y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. • Asistir puntualmente a las capacitaciones, reuniones o actividades de inducción y reinducción que programe la institución y que estén relacionadas con las funciones contratadas. • Cumplir con las normas de bioseguridad, reglamento interno de trabajo, políticas institucionales y demás disposiciones internas de la E.S.E. Hospital. • Presentar informes de actividades desarrolladas, según la periodicidad establecida por el supervisor del contrato. • Desempeñar sus funciones con diligencia, responsabilidad, eficiencia y ética, garantizando el buen nombre y la correcta representación institucional. • Contar con computador portátil para el registro de sus actividades. • Contar con computador portátil para el registro de sus actividades.	29-OCTUBRE-2025	28-DICIEMBRE-2025

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN
NIT.812 003 851 - 0
TEL.7589700 - 7587539 - 7587670 - FAX. 7777507
SAHAGÚN - CÓRDOBA

N° 055-2026	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA LA OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD - E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE LA CIUDAD DE SAHAGÚN CORDOBA	• Realización de consulta de primera vez en la modalidad de atención intramural y extramural en jornadas de salud. • Realización de Consulta de control o seguimiento en la modalidad de atención intramural y extramural en jornadas de salud. Siendo la jornada de atención durante 8 horas diarias por lo que tendrá un espacio de 20 minutos para atender a cada paciente. • Analizar resultados de pruebas de laboratorio, estudios de imagen y otras pruebas diagnósticas • Brindar información a cuidadores sobre prácticas de cuidado y señales de alerta • colaboran para fortalecer el plan de cuidado primario en permanente coordinación con los agentes del sistema de salud en el territorio. • Ajustar y coordinar el plan de cuidado con otros especialistas de ser necesarios. • Cumplir con cronograma mensual de despliegue y plan de trabajo de los equipos especializados en salud en los territorios y sus micro territorios • Mantener comunicación con los equipos básicos de salud del territorio para el seguimiento al plan de cuidado primario. • Realizar reporte de casos para vigilancia en salud pública de manera oportuna. • Asesorar a los profesionales de los equipos básicos de salud para el manejo clínico de casos prioritarios. • Diligenciar formatos, bases de datos e informes requeridos para la ejecución de equipos especializados en salud. • Garantizar la confidencialidad de la información a la que tenga acceso durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de la normatividad vigente en protección de datos y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. • Asistir puntualmente a las capacitaciones, reuniones o actividades de inducción y reinducción que programe la institución y que estén relacionadas con las funciones contratadas. • Cumplir con las normas de bioseguridad, reglamento interno de trabajo, políticas institucionales y demás disposiciones internas de la E.S.E. Hospital. • Presentar informes de actividades desarrolladas, según la periodicidad establecida por el supervisor del contrato. • Desempeñar sus funciones con diligencia, responsabilidad, eficiencia y ética, garantizando el buen nombre y la correcta representación institucional. • Contar con computador portátil para el registro de sus actividades. • Contar con computador portátil para el registro de sus actividades.	18-MARZO 2026	19-MAYO 2026

Dado en Sahagún a los 09 días del mes de julio de 2026.

DERNA GUZMAN FERIS
Profesional Universitario

CSHG-2022-1981

El suscrito Representante Legal y Gerente de la firma CLINICA SAHAGUN IPS S.A. por medio del presente documento se permite

CERTIFICAR QUE:

EVELYN ESTHER SIMANCA ESCALANTE, identificado con cédula de ciudadanía N° 32.716.946 expedida en Barranquilla, figura como MEDICO ADCRITO a nuestro Staff de Especialista en calidad de PEDIATRA, mediante contrato de prestación de servicios profesionales, por lo que, según nuestros registros contables, presento cobro de honorarios e ingresos por los siguientes valores promedio

MES RADICADO	N° DE FACTURA	VALOR FACTURADO
Abril - 2022	FEV – 53	$ 1.951.634
	FEV – 54	$ 2.000.000
Mayo - 2022	FEV – 55	$ 1.965.152
	FEV – 56	$ 2.000.000
Junio - 2022	FEV – 129	$ 3.964.461
	FEV – 90	$ 2.000.000

La presente certificación se expide a petición de parte interesada, en la ciudad de Sahagún el día 13 del mes de agosto del año 2022.

Dado lo anterior, se firma por el representante legal de la entidad Contratante.

Cordialmente,

ROSA IRIS LOPEZ DIAZ
C.C No. 34.943.164
Gerente y Representante Legal
CLINICA SAHAGUN IPS.S. A

SINDICATO DE GREMIO DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD COLOMBIANA

SINTRACOL

HACE CONSTAR QUE

El(la) Afiliado(a) participe **EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 32.716.946** tiene un convenio sindical con **SINTRACOL** desde el **01 DE FEBRERO DE 2019** haciendo parte del proceso **ASISTENCIAL** desempenandose como **PEDIATRA** con una compensacion mensual de **$ 8.756.700** en la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN.**

Se expide a solicitud del Afiliado Participe y para constancia se firma en Medellín a los **12** dias del mes de **AGOSTO** de **2022**

Cordialmente,

DORIS BUSTAMANTE ALZATE
Directora de Talento Humano

NOTA: Para la confirmación de referencias se le alenderá con gusto en el telefono 4484636- 3207420 Ext. 101 o 314 6222782 De lunes a Viernes de 8.00 a 12.30 pm y de 1.30 a 6 00 pm.

Función Pública

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 32.716.946 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	SAHAGUN
Dirección	carrera 12 N° 9 - 55			Teléfonos	3126690109

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	109.772.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	339.179.000
TOTAL	$ 448.951.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BBVA	AHORRO	760009027	SAHAGUN	$ 4.300.000
BANCOLOMBIA	AHORRO	09328302915	SAHAGUN	$ 600.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	APARTAMENTO TERCER PISO BARRANQUILLA	$ 230.000.000
MUEBLE	CARRO SANTA FE HYUNDAI- MOD 2020	$ 100.000.000
INMUEBLE	LOTE- MOÑITOS	$ 80.000.000
INMUEBLE	CASA - SAHAGUN	$ 219.121.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
JHONNY MARIN OTERO BEDOYA	C.C. **X** C.E. T.I.	15.044.804

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SAHAGÚN - 10/07/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 32,716,946 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 760009027 aperturada el 28 de febrero de 2001 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, el 23 de julio de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0760009027
Cuenta de 16 dígitos:	0760000200009027
Cuenta de 20 dígitos:	00130760000200009027

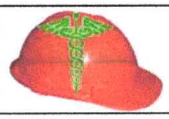
Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO

RUBEN DARIO AYALA OVIEDO Reg. Med. 1100/95 ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL RESOLUCIÓN 202330004150 Nit. 15043284-1	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO** **ENFASIS OSTEOMUSCULAR**	

Fecha	C.C.
13/02/2026	32.716.946

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Rh
EVELYN ESTHER SIMANCA ESCALANTE	3/07/1966	A+

Profesión	Fondo de Pensión	EPS
MEDICO PEDIATRA GASTROENTEROLOGA	Colpensiones	Nueva Eps

Ciudad	Dirección	Móvil	Correo Electrónico
SAHAGUN	CRA. 12 # 9-55	3126690109	simancasevelyn@hotmail.com

PROYECTO Y SEDE

EMPRESA	ENFASIS	Cargo	Municipio
INDEPENDIENTE	OSTEOMUSCULAR	PEDIATRA GASTROENTEROLOGA	SAHAGUN

DICTAMEN

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	X	SIN RESTRICCIONES PARA MANIPULADOR DE ALIMENTO					
SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS		APLAZADO		SIN RESTRICCION TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			

PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA QUE LE APLICAN

Fenomenos naturales	Biológico	Auditivo	Visual	Fisico
	Prevalente	Prevalente	Prevalente	

Osteomuscular	Psicosocial	Biomecánico	Químico
Prevalente	Prevalente	Prevalente	Prevalente

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Uso de mascarilla protectora de cara o tapa boca, lavado de manos, permanente hidratación permanente, Higiene postural-Uso EPP, Pautas activas, uso calzado cerrado, no compartir objetos con otras personas.Habitos de vida saludable.

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Audiometría		Glicemia Basal		KOH, Coprológico, Frotis Faringeo	
Visiometría		Perfil Hepático		Rx Columna Dinámica	
Espirometría		Test de Fobias		RX Columna Lumbosacra	
Cuadro Hemático		Electrocardiograma		Psicosensométrico	
Perfil Lipídico		Rx Tórax		Parcial de Orina	

Inicio o continuar ejercicios fisicos en su casa - mantener en su habitad las misma recomendaciones de cuidados personales establecidas para el trabajo.Al momento del examen no presentaba patologia respiratoria aguda.

Otros:

LEGALIDAD

Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.

TRABAJADOR

Ruben Dario Ayala Oviedo M.D
REG MED NAL 1100 9.
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

Ruben Dario Ayala Oviedo M.D
Reg. Med.Nal. 0011/95
Esp.salud ocupacional Res. 202330004150

rdayalao@hotmail.com Tel: 3166576502

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
26 / 11 / 2025	26 / 12 / 2025	26 / 12 / 2026	26 / 12 / 2025	26 / 12 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 1,569,400,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 1,569,400,000.00**		

DEDUCIBLES: ° 569,400,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,569,400,000.00	PRIMA:	$ **********421,176.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********80,023.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********501,199.00

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 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021103710182(3900)000000501199(96)20261226

REFERENCIA PAGO:
1102110371018-2

62-03-101066930

FIRMA AUTORIZADA

OLGACASTANEDA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA ACTIVIDADES DE LA SALUD

TOMADOR/ASEGURADO: SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION S.C.A.R.E./SIMANCAS ESCALANTE EVELYN ESTHER

No. DE IDENTIFICACION: 860.020.082-1/32.716.946

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2025 HASTA LAS 24 HORAS DEL 26 DE DIICEMBRE DE 2026

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE COBERTURA:
CLAIMS MADE - hechos ocurridos durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (afiliacion ininterrumpida como socio activo solidario de acuerdo con el contenido del convenio objeto de cobertura), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (si es contratado) Siempre que el asegurado haya tenido poliza bajo esta misma modalidad durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO
GENERAL:FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:

LIMITE ASEGURADO, DEDUCIBLE Y PRIMA:
GRUPO 1
PRIMERA CONDENA
PRIMA ANTES DE IVA: $ 421.176
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 1.000.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 400 SMMLV: $ 569.400.000
VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA: $ 1.569.400.000
SEGUNDA CONDENA EN ADELANTE:
RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DEL ESTADO: $ 500.000.000
DEDUCIBLE A CARGO SCARE GRUPO I. 200 SMMLV: $ 284.700.000

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA: Gastroenterologia Pediatra

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 declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite 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 a terceros siempre que los hechos hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza, o en el periodo de retroactividad (si es contratado), reclamados por primera vez al Asegurado y/o al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 autorizacin expresa previa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

PARAGAFO: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extrapatrimoniales derivados de actos erroneos (ver definicion seccion III), cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES COBERTURA BASICA
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:

2.1 RESPONSABILIDAD 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.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: Hasta 100%
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: Hasta 100%
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: Hasta 100%

DEDUCIBLES:400 SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 501.199

EXCLUSIONES:

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

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

3.Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestacion de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 intervencin 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 reproduccin asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacin in vitro.

10.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV-Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

11.Responsabilidad civil profesional por emision de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo vih (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de caracter administrativo o daños punitivos.

14.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

15.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

16.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de la salud acreditados para este fin.

17.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

En caso de abandono y/o negativa de atencion justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldara al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente pliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

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

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

26.Actos medicos indirectos, y los denominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia.

27.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

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

29.Daños originados o relacionados con organismos patogenos, conforme su definicion medico - cientifica.

30.Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestacion de servicios con una institucion prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC, que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

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

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

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 prevencin 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:

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

I-La accin de energa atomica.

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion 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 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.

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

56.Gastos judiciales y/o gastos de defensa por cualquier causa.
57.La responsabilidad Civil Extracontractual de predios, labores y operaciones.
58.Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
59.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 acudientes.
b) El (os) Medico(s) tratante(s) y

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

c) La Enfermera asistente o un testigo
60.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.
61.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.
62.Se excluye la prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.
63.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.
64.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.
65.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.
66.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacin no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; 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;

DEFINICIONES:

VALOR ASEGURADO: La definicion del numeral 8 VALOR ASEGURADO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

VALOR ASEGURADO O LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA Es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado y corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de existir lugar a una indemnizacion por uno o mas eventos amparados a la luz del contrato de seguros.

LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO:

a) Para la primera condena en cabeza del asegurado el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA es la diferencia entre la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y el deducible pactado con el tomador/Asegurado.

b) En el evento en que con la primera indemnizacion no se agote el LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA, para las condenas sucesivas en cabeza del asegurado se establece como LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EVENTO el establecido en el cuadro de tarifas ANEXO 2 de este convenio, sin que en ningun caso se exceda del LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR VIGENCIA.

SINIESTRO: La definicion del numeral 5 SINIESTRO en la Seccion III Definiciones Generales del condicionado general forma FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I, se modifica y queda asi para la presente poliza:

SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte, generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurridos durante la vigencia de la poliza o dentro del periodo de retroactividad (desde el inicio de afiliacion del correspondiente afiliado activo solidario a S.C.A.R.E, siempre que el profesional asegurado haya tenido pliza bajo esta misma modalidad durante dicho periodo de retroactividad) sin que exista periodo de interrupcion en la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado y al asegurador, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CONVENIO SCARE

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101066930	4

TOMADOR	SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE			NIT	860.020.082-1
DIRECCION	CR 15 A NRO. 120 - 74	CIUDAD	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	6196077
ASEGURADO	EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE			CC	32.716.946
DIRECCION	CRA 12 NO 9 55	CIUDAD	SAHAGUN, CORDOBA	TELEFONO	3126690109
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

-FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: De contado a la entrega la poliza.

-S.C.A.R.E sin costo alguno y bajo su propia responsabilidad, asumira la asistencia y defensa juridica por reclamaciones judiciales y extrajudiciales a traves de su equipo juridico del profesional de la salud asegurado bajo esta poliza, si asi lo consiente el profesional de la salud, siempre que el hecho por el cual se reclama haya ocurrido durante la vigencia de la poliza o en el periodo de retroactividad (si es contratado), lo anterior en un todo bajo el reglamento FEPASDE.

-Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

-PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.
A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:
-Someter por escrito su solicitud al asegurador
-Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura
-Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.
-Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.
Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.
-

NIT # 812003851-0

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de actualización

Versión 2.0

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
día	mes	año	Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor		Vinculación	
10	6	2026	Colaborador		Junta Directiva		Accionista		Otro		Actualización	

Ciudad		Regional		Zonal	
Sahagun		Cordoba		Urbana	

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento								Nº Identificación
				CC		CE		TI		PAS		CD	
SIMANCAS	ESCALANTE	EVELYN	ESTHER									32.716.946

Lugar de expedición	Fecha de expedición			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Dirección
	9	12	1965		3	7	1966	
BARRANQUILLA	día	mes	año	BARRANQUILLA	día	mes	año	CRA 12 Nº 9 - 55

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
	3126690109	SAHAGUN	CORDOBA	MEDICO ESPECIALISTA	

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

Tipo de sociedad:	Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de empresa:	Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro			

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero				Código CIIU

Descripción de la actividad económica: Actividades de hospitales y clínicas, con internación

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento								Nº Identificación
				CC		CE		PAS		CD		

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	SI	¿Tiene reconocimiento público?	NO	¿Tiene grado de poder público?	NO	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	NO

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $		Total pasivos $		Patrimonio $	0
Ingresos mensuales $		Egresos mensuales $	0	Otros ingresos $	0
Concepto de otros ingresos	N/A	Información financiera a corte de:			

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐

Tipo de transacciones

Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros	

¿Cual? N.A

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
   Prestacion de servicios profesionales - Ingenieria de Sistemas
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN., para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ESE HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGUN., sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1.	Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si		No
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

(Persona natural o Representante legal si es persona jurídica)

Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento						Número de identificación
	CC		CE		PAS		

Lugar de expedición	Firma

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Sahagún,
27 de julio de 2.026.

ASUNTO: Declaración Juramentada Inhabilidades, Incompatibilidades.

Yo, **EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE** identificado(a) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento:

No hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en los artículos 150 y 151 de la Ley 270 de 1996, y las contenidas en los artículos 40 a 45, capítulo IV, de la Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021.

No tener conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo con las obligaciones de familia. Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 6° de la Ley 311 de 1996.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para efectos del proceso de contratación para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA COADYUVAR Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS E INTERVENCIONES DESTINADAS AL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 00287 DEL 17 DE FEBRERO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A CARGO DE LA E.S.E CAMU SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, CÓRDOBA.

Cordialmente,

EVELYN ESTHER SIMANCAS ESCALANTE
CC No. 32.716.946 expedida en Barranquilla, Atlántico