Libertad y Orden

OTAVFORMATO 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
CASAS	LOZANO	LEIDY CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ● C.E ○ PAIS ○ No. 1.108.931.086

SEXO: F X M

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 05 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO GUAMO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Manzana I Casa 6 Urb. Santa Lucia

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO GUAMO

TELÉFONO 313 4643926 EMAIL: leidilozano5@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE EDUCACI... OS DE 1o. A 9o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 ●	MES 12 AÑO 2005

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
TCO.	X	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	30	2008	
TCO.	X	X		TECNICO PROFESIONAL EN PROMOCION SOCIAL	07	2013	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 01 MES 08 AÑO 2014	DÍA 15 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. DE ENFERMERIA		CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E- HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 01 MES 08 AÑO 2013	DÍA 31 MES 10 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 09 AÑO 2011	DÍA 10 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 10 MES 03 AÑO 2009	DÍA 10 MES 12 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

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: HOSPITAL SAN ANTONIO	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: TOLIMA	*MUNICIPIO*: GUAMO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 3174013406	*FECHA DE INGRESO*: DÍA 01 MES 07 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DÍA 30 MES 11 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: SALUD PUBLICA		*DIRECCIÓN*: CALLE 9 N. 5 50
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*: GUAMO
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*: GUAMO
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*: GUAMO

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)

E -PERIENCIA 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
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 17 MES 02 AÑO 2026	DÍA 17 MES 06 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. DE ENFERMERIA	VACUNACION	CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E- HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 15 MES 06 AÑO 2017	DÍA 16 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 23 MES 09 AÑO 2016	DÍA 23 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2271569	DÍA 01 MES 07 AÑO 2015	DÍA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CRA. 9 No. 5-50

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 ANTERIO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174013406	DÍA 22 MES 06 AÑO 2026	DÍA 21 MES 09 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	APS	CALLE 9 N. 5 50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174013406	DÍA 17 MES 02 AÑO 2016	DÍA 17 MES 06 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	VACUNACION	CALLE 9 N. 5 50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174013406	DÍA 15 MES 06 AÑO 2017	DÍA 16 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CALLE 9 N. 5 50

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174013406	DÍA 23 MES 09 AÑO 2016	DÍA 23 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD PUBLICA	CALLE 9 N. 5 50

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

Feidy Carolina Casas A.

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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-06-18 08:47

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	CAROLINA	CASAS	LOZANO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1108931086

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	GUAMO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	GUAMO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	GUAMO

Dirección	["CRA 9 NO. 5-50 GUAMO-TOLIMA"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141281701500

(415)7707212489984(8020) 000014128170150 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 8 9 3 1 0 8 6	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 8 9 3 1 0 8 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Guamo 3 1 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASAS	LOZANO	LEIDY	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Guamo 3 1 9

41. Dirección principal
MZ I CA 6 URB SANTA LUCIA

42. Correo electrónico leidilozano5@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 6 4 3 9 2 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 2	2 0 1 0 0 2 2 6					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 61. Fecha 2026-09-28 / 11:13:21AM

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 CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 jueves 24 de septiembre de 2026, a las 10:34:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1108931086
Código de Verificación	1108931086260924103413

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. 303587578

PIB
10:32:31

Bogotá DC, 24 de septiembre 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) LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1108931086:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:31:36 AM horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1108931086**
Apellidos y Nombres: **CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA**

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, 24/09/2026 10:33:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1108931086** y Nombre: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO.**

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. **148328212** . 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

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

GOV.CO

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 11:09:31 horas del 28/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1108931086,** Apellidos y Nombres **CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN ANTONIO**, con NIT **890701715-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1108931086 **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 24/09/2026 10:42 AM

Código Verificación: **W8T9JV7P5R**

Válida hasta: **24/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES O INCOMPATIBILIDADES

Doctora
YINA PAOLA CASTRO PORTELA
Gerente **HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.**
Guamo, Tolima
E. S. D.

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO , identificada con cédula de ciudadanía No. **1.108.931.086**, obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente documento, no encontrarme incurso en ningún conflicto de interés, ni ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades consagradas en la Constitución Política y en la Ley para efectos de contratar con el mismo Estado, ni con el Hospital San Antonio E.S.E. de El Guamo, Tolima, en específico.

Lo anterior, en garantía y aplicación de lo dispuesto en la Ley 1150 de 2007, Ley 1952 de 2019, y demás afines y concordantes.

La anterior declaración se expide conforme a la normatividad vigente.

En constancia de lo anterior, se firma este documento el primero (01) de octubre del dos mil veintiséis (2026).

Leidy Carolina Casas L.
LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO
C.C. No. 1.108.931.086

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1108931086		CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 # 2 - 28	GUAMO-TOLIMA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	675165489	9511466894	I	2026/10/21	2026/09/22	NEQUI	0	$397,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,500	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$205,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,300	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$31,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,500	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$160,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$397,300**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

2026/09/22 09:00 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1108931086		CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 9 # 2 - 28	GUAMO-TOLIMA	2222222	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	675165489	9511466894	I	2026/10/21	2026/09/22	NEQUI	0	$397,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,283,997	$205,500			$1,283,997	$160,500			$0	$0			$1,283,997	$31,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,283,997	$205,500			$1,283,997	$160,500			$0	$0			$1,283,997	$31,300		$0	$0
Ciudad: GUAMO Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,283,997	$205,500			$1,283,997	$160,500			$0	$0			$1,283,997	$31,300		$0	$0
1	CC	1108931086 CASAS LEIDY	230301	22	$1,283,997	$205,500	EPS002	22	$1,283,997	$160,500		0	$0	$0	14-25	22	$1,283,997	$31,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,283,997	$205,500			$1,283,997	$160,500			$0	$0			$1,283,997	$31,300		$0	$0

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Código de Salud Departamental N° 733-190-3161
Calle 9 No. 5-40 GUAMO

CONCEPTO OCUPACIONAL

TIPO DOCUMENTO: CC

NÚMERO DOCUMENTO: 1.108.931.086

PRIMER NOMBRE: LEIDY

EDAD: 36AÑOS

SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA

PRIMER APELLIDO: CASAS

SEGUNDO APELLIDO: LOZANO

FECHA DE NACIMIENTO: 17/05/1989

SEXO: FEMENINA

TELEFONO: 3134643926

DIRECCION: MANZANA I CASA 6 URBANIZACION SANTA LUCIA GUAMO - TOLIMA

MUNICIPIO: GUAMO - TOLIMA

GRADO ESCOLARIDAD: TECNICO

PROFESION: AAUXILIAR DE ENFERMERIA

EMPRESA: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E GUAMO TOLIMA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

FACTORES DE RIESGO: Locativos en su area de trabajo, posturas extensas y prolongadas

TIPO DE HISTORIA CLINICA: INGRESO

EXÁMENES COMPLEMENTARIO Y RESULTADOS: NINGUNA. Examen con énfasis osteomuscular normal

CONCEPTO DE APTITUD: APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ALGUNAS

OBSERVACIONES: Luego de evaluación medica completa se considera apta para el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA sin restricción alguna.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: Cumplir las normas definidas por el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la empresa para el cargo, pausas activas mínimo 5 minutos cada hora durante la jornada laboral, mantener buenos y adecuados habitos de higiene postural uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

fecha consulta: 09/02/2026
firma del profesional:

Dr. Vladimir Ferreira O.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Fund. Univ. Area Andina
Reg. 2806

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO GENERAL 4521
MEDICO OCUPACIONAL / CALIFICADOR PCL
Reg. Profesional: 2806 / Cód. REPS 733190316

firma del paciente:

Leidy Carolina Casas L.
C.C. 1.108.931.086

NOTA: PARA VALIDEZ DE ESTE CERFIFICADO PUEDE COMUNICARSE AL TELEFONO 3002343099

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.108.931.086

NUMERO

CASAS LOZANO

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1989
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-MAY-2007 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2905800-63161761-F-1108931086-20070822 0079107234N 02 229089416

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION 73 1456

(25 De Junio De 2009)

"Por La Cual Se Registra Un Certificado De Aptitud Ocupacional".

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

LA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

En uso de la facultad concedida por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO con CC No 1108931086 , solicita el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA , segun diploma No. SN otorgado el 30/08/2008 por CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE, y acta de grado No.13.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaria de Educaciòn, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO : Registrar el certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO Por CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE segun acta de grado 13 del 30/08/2008

ARTICULO SEGUNDO : Este Registro tiene validez en todo el Territorio nacional, y tiene efectos de inscripciòn para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO : Contra la presente Resolucion procede el Recurso de Reposicion , de conformidad con lo establecido en el Còdigo Contensioso Administrativo.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

DIEGO JOHANY ESCOBAR GUINEA
Secretario de salud del tolima

Salud Total EPS

CERTIFICAQue el (la) señor(a) CASAS LOZANO LEIDY CAROLINA con documento de identidad C 1108931086, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Guamo, desde Septiembre 25 de 2026.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra linea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 28 de Septiembre del 2026 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

F371-RVA V 1.0 - 2015

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.108.931.086**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494580

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	05/10/2026 11:34:48

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890701715	E S E HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO	KR 9 5 50 BRR CENTRO GUAMO	97209

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 9 5 50	GUAMO	Tolima

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1108931086	CASAS	

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
LEIDY CAROLINA	17/5/1989	CRA 8-1-76

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
GUAMO	2271497	3134643926	LEIDILOZANO5@GMAIL.COM	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	6/10/2026	6300000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	6/10/2026	30/11/2026	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/10/2026 11:34:48. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494580

397300	3150000	1750905	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/10/2026 11:34:48. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494580

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Domingo	X																							

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 05/10/2026 11:34:48. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Certificación
Bancaria

Lunes, 28 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO identificado(a) con CC 1108931086, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91290410768	2025-09-02	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Estado ... Bancolombia

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA

P.J. No. 0555 DE NOV. DE 1995

PROGRAMA

ESCUELA DE SALUD CECTE GUAMO

CON AUTORIZACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 0450 DEL 12 DE JUNIO DE 2001 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL TOLIMA Y EL ACUERDO No.43 DEL 30 DE MARZO DE 2001 DEL CONCEJO NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

CONFIERE

DE ACUERDO AL DECRETO NACIONAL 114 ARTICULO 14 PARÁGRAFO 1°.

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE TÉCNICO EN

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

CC. 1.108.931.086 DE GUAMO - TOLIMA

QUIEN TERMINO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS DE CAPACITACION CON UNA INTENSIDAD DE 1800 HORAS

DADO EN EL GUAMO A LOS 30 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2008

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE DIRECTOR

DIRECTOR

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE SECRETARIA

SECRETARIA

EXENTO REGISTRO DEPARTAMENTAL ARTICULO 13 DECRETO NACIONAL 114/96

SECRETARIA DE SALÚD DEL TOLIMA
Se reconoce el presente titulo para todos los efectos legales.
Ibagué 25 06 2009
Registro No. 73 1456/2009

ANOTADO EN EL FOLIO 20

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA
CECTE
P.J. 0555 Nov. 10/95 • NIT. 808.001.397-4
Girardot, Res. 002462/92 y 00325/96 Educun - Acuerdo No. 08 Minprotección Social
Guamo, Res. 0450/01 Edutolima - Acuerdo 43/01 Minprotección Social

No. 13

ACTA DE ENTREGA DE CERTIFICADOS

En el municipio de Guamo a los treinta (30) días del mes de AGOSTO del año 2008, se reunieron con el fin de formalizar la entrega de certificados los suscritos Director y Secretaria, del Instituto de Educación para el empleo y el desarrollo humano, **CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TÉCNICA CECTE,** entidad aprobada por la secretaria de Educación del Tolima y autorizada por entregar certificados de Aptitud Ocupacional, como TÉCNICO en el Programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según resolución Numero 0450 del 2001 y el acuerdo Numero 43 del 30 de Marzo de 2001 del Consejo Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud del Ministerio de Salud, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes procedió a entregar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL** como Técnico en **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a la estudiante cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación.

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

CC.1.108.931.086 DE GUAMO - TOLIMA

Es fiel copia tomada del original

Dada en Guamo a los 30 días del mes de AGOSTO de 2008

CECTE DIRECTOR

DIRECTOR

CECTE SECRETARIA

SECRETARIA

SEDE GIRARDOT: Calle 16 No. 14-77 • Teléfono: 8360335 • Fax: 8361040
SEDE GUAMO: Carrera 13 No. 11-37 • Celular: 317 7954858
E-mail: cecte@hotmail.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
GUAMO TOLIMA
NIT. 890.701.715-5

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DEL GUAMO TOLIMA,

CERTIFICA

Que **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO**, con Cedula de Ciudadanía No 1.108.931.086 estuvo vinculada con esta empresa por medio del Contrato No 164-C1-2026 cuyo objeto era: Contratar la prestación de servicios de apoyo a la gestión de una Auxiliar de Enfermería para la ejecución del Programa de Atención Primaria en Salud- APS- Plazo: del 22 de Junio al 21 de septiembre de 2026.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada.

Guamo, 24 de septiembre de 2026

JOSE FERNANDO VILLANUEVA BOTACHE
Profesional Especializado.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803469677

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000003241 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ — COD. AGE: 480 — RAMO: 89 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO
09	02	2026

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS
09	02	2026	23:59

VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
09	02	2027	23:59	365

FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
09	02	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS
09	02	2026	23:59

VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
09	02	2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO — IDENTIFICACIÓN: CC 1108.931.086

DIRECCIÓN: MANZANA I CASA 6 SANTA LUCIA — CIUDAD: GUAMO, TOLIMA — TELÉFONO: 3134643926

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO — IDENTIFICACIÓN: CC 1108.931.086

DIRECCIÓN: MANZANA I CASA 6 SANTA LUCIA — CIUDAD: GUAMO, TOLIMA — TELÉFONO: 3134643926

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: TOLIMA CIUDAD: GUAMO

DIRECCION: CALLE 6 #1 - 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***400,000,000.00	$ **********219,800	$****15,000.00	$ *******44,612	$ **********279,412

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
DZ CONSULTORES EN SEGUROS LIMITADA	10858	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000480346967

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

DORZULUAGA 0

CAD0207B0B09F57858

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000003241** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

ASEGURADO: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO
ASEGURADO: LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 6 #1 - 1
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 09 del mes de 02 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT. 890.701.715-5

FECHA DE APROBACIÓN: 01-OCTO-2026 CONTRATO No. 296-C1-2026

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN(A) AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA APS DE LA E.S.E.

POLIZA No. 480-89-994000003241

TIPO DE AMPARO: RESPONSABILIDAD CIVIL

ASEGURADORA: SOLIDARIA DE COLOMBIA

FIRMA REPRESENTANTE:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000003241 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

ASEGURADO: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ | COD. AGENCIA: 480 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: **994000003241** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** | IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

ASEGURADO: **LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO** | IDENTIFICACIÓN: CC **1108.931.086**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** | IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaria de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Leidy carolina
Apellidos:	casas Lozano
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASA-PORTE [ ] No. 1108931086
Fecha de Nacimiento:	Día: 17 Mes: 05 Año: 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-02-24	0323Q0140	Gloria V
	2	15-03-24	0323Q0140	Gloria V
	3	19-03-24	0320X17B	Gloria V

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1aeb2a17-88c2-4d24-b9b2-e9668e4fc906

Nombres y apellidos / Full name: LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 0 8 9 3 1 0 8 6

Fecha de nacimiento / Date of birth: 17/05/1989

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 000000

Correo electrónico / e-mail: LEIDY@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	25	08	2015		D2222	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	10	2019		T3B841V	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	SATURIA FUENTES MURILLO
VPH	Primera	02	12	2019		R027276	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	LIGIA RANGEL BASTO
TdaP Acelular Gestante	Anual	03	12	2019		AC37B295DB	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS 06	LIGIA RANGEL BASTO
COVID MODERNA	Primera	24	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	014E21A	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	LEIDY TATIANA OVIEDO SAEZ
COVID MODERNA	Segunda	10	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	LEIDY OVIEDO
Fiebre Amarilla	Única	25	05	2024	Sanofi Pasteur	W3E221V	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	SATURIA FUENTES
TD Adulto	Segunda	25	05	2024	Serum	2333Q012B	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	SATURIA FUENTES
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	05	2024	Green Cross	V50524002	GUAMO ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	SATURIA FUENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultado General -2026-09-28→10:48:00 AM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1108931086	LEIDY	CAROLINA	CASAS	LOZANO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO identificado(a) con CC 1108931086 registra La siguiente información:

2026-09-28→10:48:00 AM

Información Académica

Tipo Profesional	Origen Información Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Vigencia Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2009-06-25	1456	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1108931086

Asistió al Curso Básico

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS CLÍNICO (TML)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

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

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENT
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes mas seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1108931086

Asistió al Curso Básico

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

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

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENT
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

68c1ec36-7ff4-46a5-8991-9791ac1f03f5

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

10 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68c1ec36-7ff4-46a5-8991-9791ac1f03f5

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Leidy Carolina Casas Lozano

CC 1108931086 de Guamo - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-18
Fecha de vencimiento: 2028-06-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

INNOVASALUD

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1108931086

Asistió al Curso Básico

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL 2025. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

VERIFICACIÓN

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 1 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENT
PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Salud | Instituto Nacional de Salud

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

4 de junio de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

cc05739f-5210-40ac-b991-96eb77f44e0d

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=cc05739f-5210-40ac-b991-96eb77f44e0d

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Leidy Carolina Casas Lozano

CC 1108931086 de Guamo - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-16
Fecha de vencimiento: 2028-06-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Leidy Carolina Casas Lozano

CC 1108931086 de Guamo - Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Administración de inmunobiológicos PAI con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-14
Fecha de vencimiento: 2028-06-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Leidy Carolina Casas Lozano

CC 1108931086 de Guamo - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Protocolo en la Toma de Muestras de Citología con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-12
Fecha de vencimiento: 2028-06-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

LEIDY CAROLINA CASAS LOZANO

N° de identificación: 1108931086

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: 28104967-2dac-4d60-952e-b3436566269b

jueves 11 de septiembre de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

e-vigila e-vigilaula

Grupo de Formación del Talento Humano para la Vigilancia en Salud Pública
del Instituto Nacional de Salud de Colombia,
certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

Con número de identificación 1108931086

Realizó en el aula virtual el

Curso Virtual de Vigilancia en Salud Pública

Con una intensidad de 120 horas

Se emite el
25 de septiembre de 2025

Olga Marina Sanabria Cruz
Instituto Nacional de Salud
Coordinadora Grupo de Formación
del Talento Humano VSP

Código de verificación 79870963301C

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso Virtual: Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 98,89 %

11 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=58c2d83f-b9fc-49f4-a7f8-14f4ec1f59ce

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 72,78 %

16 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68ca2265-d03c-4017-84fb-c1f5ac1f5e5d

e8326f3c-5295-499f-a3d2-ab4e03364b77

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso virtual de autoaprendizaje: Capacitación sobre la Respuesta Médico-Legal a la Violencia de Pareja y la Violencia Sexual

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 85,15 %

17 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=e8326f3c-5295-499f-a3d2-ab4e03364b77

85485289-6778-43d1-ac3f-9c153d037cfd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso virtual fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud a la violencia contra mujeres y niñas en Latinoamérica

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 76,46 %

16 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=85485289-6778-43d1-ac3f-9c153d037cfd

bfa4a654-2ed5-4b26-8022-b03704fd7daa

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de de los profesionales de atención primaria de salud - 2da versión

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 76,64 %
17 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=bfa4a654-2ed5-4b26-8022-b03704fd7daa

d741fd59-749b-454b-b4a1-1eb3ef184e7d

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el curso virtual:

Mejorando la salud mental de niños, niñas y adolescentes en atención primaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 13 - Porcentaje de aprobación: 71,79 %

21 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=d741fd59-749b-454b-b4a1-1eb3ef184e7d

a20c1503-6efd-47f4-9f54-8cdee4904f2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Entendiendo y actuando contra el estigma en salud mental en contextos de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 5 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

21 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a20c1503-6efd-47f4-9f54-8cdee4

68c3ab3f-df64-4ef1-bb71-7752ac1f066e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leidy Carolina Casas Lozano

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Vigilancia y sistemas de información

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

11 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68c3ab3f-df64-4ef1-bb71-7752ac1f066e