ENTIDAD RECEPTORA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
DEL CAMPO	LEAL	ELIZABETH

C.C. ◉ C.E. ○ PAIS ○ 65.554.277 — SEXO: F X M — NACIONALIDAD PAÍS: COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE — N° — D.M.: No

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 0 8 MES 0 1 AÑO 1975

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: GUAMO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

MZ 6 CS 3 URB VILLA ANGELICA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: GUAMO

TELÉFONO: 3219940595 EMAIL: elizabethdelcampo2019@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA

PRIMARIA					*SECUNDARIA*					*TITULO OBTENIDO*	Bachiller Academico
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	11o.	*FECHA DE GRADO*	
									X	MES 1 2 AÑO 1 9 9 5	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1998	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 1 MES 7 AÑO 2026	DIA 30 MES 9 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 30 MES 1 AÑO 2026	DIA 29 MES 6 AÑO 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 22 MES 9 AÑO 2025	DIA 21 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 25 MES 8 AÑO 2025	DIA 20 MES 9 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 23 MES 5 AÑO 2025	DIA 22 MES 8 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 11 MES 2 AÑO 2025	DIA 10 MES 5 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 27 MES 6 AÑO 2024	DIA 26 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 19 MES 2 AÑO 2024	DIA 2 MES 6 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	E.B.S ATENCION PRIMARIA EN	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 29 MES 11 AÑO 2023	DIA 28 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CHAGAS	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 15 MES 5 AÑO 2023	DIA 14 MES 11 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PIC 2023	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 5 MES 7 AÑO 2022	DIA 9 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PIC 2022	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3174306150	DIA 27 MES 10 AÑO 2021	DIA 12 MES 12 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PIC 2021	CRA 9 5 50 BRR CENTRO

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
PERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION HU	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	sanantonioguamo@yahoo.es
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174306150	DIA 1 MES 8 AÑO 2007	DIA 31 MES 8 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	VACUNACION	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA DIA MES AÑO	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA DIA MES AÑO	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA DIA MES AÑO	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA DIA MES AÑO	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA DIA MES AÑO	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	4	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**4**	**7**

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 PUBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Guamo, Tolima - 30 de Septiembre de 2026

Elizabeth del Campo Leal

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

El servicio público es de todos | Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 65.554.277 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	GUAMO
Dirección	MZ 6 CS 3 URB VILLA ANGELICA			Teléfonos	3219940595

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICOLAS MAURICIO ARIZA DEL CAMPO	C.C. 1.007.680.593	HIJO

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	24.150.000
TOTA	$ 24.150.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	AHORROS	466172057631	GUAMO	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION

3. FIRMA

Elizabeth del Campo Leal

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

GUAMO, SEPTIEMBRE 30 DE 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14911228525

(415)7707212489984(8020) 000001491122852 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 5 5 5 4 2 7 7	7	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	6 5 5 5 4 2 7 7	

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
DEL CAMPO	LEAL	ELIZABETH	

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 6 CA 3 URB VILLA ANGELICA

42. Correo electrónico elidelcampo2010@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 9 9 4 0 5 9 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2		51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 7 1 0 0 1	4 7 7 1	2 0 0 7 0 8 0 1	4 7 7 2	5 6 2 1		5 1 3 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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 2023-04-28 / 09:10:21AM

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 DEL CAMPO LEAL ELIZABETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA 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 miércoles 30 de septiembre de 2026, a las 07:30:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	65554277
Código de Verificación	655542772609300730 52

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. 303958828

PIB
07:44:38

Bogotá DC, 30 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)* ELIZABETH DEL CAMPO LEAL *identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 65554277:*

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 07:32:32 AM horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **65554277**

Apellidos y Nombres: **DEL CAMPO LEAL ELIZABETH**

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

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, 30/09/2026 07:34:24 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **65554277** y Nombre: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.**

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. **148662211** . 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

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 07:40:31 horas del 30/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **65554277,** Apellidos y Nombres **DEL CAMPO LEAL ELIZABETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE 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.

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

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

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 65554277 **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 11:10 AM

Código Verificación: **GTH1M6ZV8W**

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.

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL, identificada con cédula de ciudadanía No. 65.554.277, 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).

Elizabeth del campo Leal

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL
C.C. No. 65.554.277

aportes 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 65554277		DELCAMPO LEAL ELISABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 6 CASA 3 URBANIZACION VILLA ANGELICA	GUAMO-TOLIMA	3219940595	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	675771648	9511501251	I	2026/10/20	2026/09/22	NEQUI	0	$541,800

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: GUAMO Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	65554277 DEL CAMPO ELIZABETH	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-25	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes 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 65554277		DELCAMPO LEAL ELISABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 6 CASA 3 URBANIZACION VILLA ANGELICA	GUAMO-TOLIMA	3219940595	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	675771648	9511501251	I	2026/10/20	2026/09/22	NEQUI	0	$541,800

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	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO MEDICO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Código de Salud Departamental N° 733-190-3161
Calle 6 No. 7-43 GUAMO

CONCEPTO OCUPACIONAL

TIPO DOCUMENTO: CC
NÚMERO DOCUMENTO: 65.554.277
PRIMER NOMBRE: ELIZABETH
EDAD: 51 AÑOS
SEGUNDO NOMBRE:
PRIMER APELLIDO: DEL CAMPO
SEGUNDO APELLIDO: LEAL
FECHA DE NACIMIENTO: 08/01/1975
SEXO: FEMENINO
DIRECCION: MZ 6 CASA 3 URB VILLA ANGELICA
TELEFONO: 3219940595
MUNICIPIO: GUAMO – TOLIMA
GRADO ESCOLARIDAD: TÉCNICO
PROFESION: AUXILIAR DE ENFERMERIA
EMPRESA: HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

TIPO DE HISTORIA CLÍNICA: INGRESO

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS: Examen con énfasis osteomuscular normal.

CONCEPTO DE APTITUD: sin alteraciones de salud, no presenta patología aparente.

OBSERVACIONES: Luego de evaluación médica completa se considera apto para su 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 hábitos de higiene postural. Cumplir normas de seguridad definidas por la empresa para el cargo, uso permanente de elementos de protección personal de acuerdo al riesgo y a la actividad laboral definida.

fecha consulta: 19/01/2026

firma del profesional:

firma del paciente:

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO
MEDICO GENERAL 4521
MEDICO OCUPACIONAL / CALIFICADOR PCL
Reg. Profesional: 2606 / Cód. REPS 7331903161

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.554.277
DEL CAMPO LEAL

APELLIDOS
ELIZABETH

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1975
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-JUL-1993 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-2905400-00058823-F-0065554277-20080624 0002594874A 1

GOBERNACIÓN
DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

65554277

REGISTRO N° 000230 – 22/01/1999

Inscripción 5975/2011 – 25000230/1999

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Secretario de Salud del Tolima

Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaria de Salud del Tolima

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ELIZABETH DEL CAMPO LEAL identificado(a) con C.C No. 65.554.277, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302494541

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 11:10:11

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	65554277	DELCAMPO	LEAL

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ELIZABETH	8/1/1975	MANZANA CASA 11

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
GUAMO	2886212	3219940595	elizabethdelcampo2019@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Nueva EPS	37	Fondo Pensiones Cesantías SA COLFONDOS	10

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 11:10:11. 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. 302494541

541800	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 11:10:11. 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. 302494541

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												
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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 dia 05/10/2026 11:10:11. 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.

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: DEL CAMPO LEAL ELIZABETH, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 65554277, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-661-72-05763-1, con una antigüedad de DOS (2) año(s).

Se expide en GUAMO, a los diez y nueve (19) días del mes de enero de 2026, con destino a: A QUIEN LE INTERESE

Banco Agrario de Colombia
OF. GUAMO - TOLIMA

Miguel Rodriguez

DIRECTOR (A) OFICINA

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA

CECTE

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA

P.J. No 0555 DE NOV. DE 1995

PROGRAMA

ESCUELA DE SALUD DE GIRARDOT

CON AUTORIZACION OFICIAL SEGUN RESOLUCION No. 000325 DEL 17 ABRIL DE 1996 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA Y EL ACUERDO No 8 DEL 9 DE ABRIL DE 1995 DEL CONSEJO NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

CONFIERE EL CERTIFICADO DE
APTITUD OCUPACIONAL
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

CC 65.554.277 DE GUAMO TOLIMA

QUIEN TERMINO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS DE CAPACITACION
CON UNA INTENSIDAD DE 1792 HORAS
DADO EN GIRARDOT A LOS 11 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1998

DIRECTOR

SECRETARIA

EXENTO REGISTRO DEPARTAMENTAL ARTICULO 13 DECRETO NACIONAL 1149/96
ANOTADO EN EL FOLIO 05

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

GERENCIA PARA LA SALUD

RESOLUCION NUMERO 000230 DE 199
22 ENE 1999

"Por la cual se autoriza e inscribe una certificación

EL GERENTE PARA LA SALUD

En ejercicio de sus funciones y de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 15 de 1989, emanada del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O

Que ELIZABETH DEL CAMPO LEAL con cédula de ciudadania No. 65.554.277 de Guamo (Tolima), ha solicitado autorización para ejercer como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, certificado que le otorgó LA CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA "CECTE" GIRARDOT, EL 11 DE DICIEMBRE DE 1998.

Que dicho titulo no requiere registro de la Secretaria de Educación de conformidad de la Circular 030 del 1 de Mayo de 1984.

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ELIZABETH DEL CAMPO LEAL para ejercer como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Inscribir a ELIZABETH DEL CAMPO LEAL para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición en los términos establecidos en el Decreto 01 de 1994.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 22 ENE 1999

OSCAR ALBERTO MAYORGA SUAREZ

PEDRO JULIO ROJAS BAQUERO
Director de Desarrollo del Sistema (E.)

DAMS/PJRB/Gloria Casas
DesarrolloDelSistema

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
GESTION HUMANA
Nit. 809.012.422-1
Trabajando en equipo alcanzaremos el éxito

HACE CONSTAR

Que la Sra. ***ELIZABETH DEL CAMPO LEAL,*** *identificada con Cedula de Ciudadania numero 65.554.277 de Guamo, labora en nuestra Cooperativa desde el 02 de Agosto de 2007, prestando sus servicios en el* ***HOSPITAL SAN ANTONIO.***

Se desempeña como ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** *con una compensación promedio mensual de SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($666.000,oo) M/CTE, con un acuerdo cooperativo indefinido*

La presente solicitud se expide con destino al interesado a los cuatro (04) dias del mes de Noviembre de Dos Mil Ocho (2008), en la ciudad de Ibagué.

Atentamente,

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
GESTION HUMANA
Nit. 809.012.422-1
Trabajando en equipo alcanzaremos el éxito

NIDIA ROCIO RUIZ LOZANO
Administradora

Calle 12 No. 2-43 Oficina 409 Edificio Pompona
Telefax: 2637050 – 2632691 - 2637148 Correo: gestionhumanacta@hotmail.com
Ibagué - Tolima

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
GESTION HUMANA
Nit. 809.012.422-1
Trabajando en equipo alcanzaremos el éxito

HACE CONSTAR

Que la Sra. ***ELIZABETH DEL CAMPO LEAL,*** *identificada con Cédula de Ciudadanía numero* ***65.554.277*** *del Guamo, estuvo asociada a nuestra Cooperativa desde el 1 de Agosto de 2007 hasta el 31 de Agosto de 2009, prestando sus servicios en el* ***HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.*** *desempeñándose como* ***AUXILIAR DE ENFERMERIA.***

La presente solicitud se expide con destino al interesado a los TREINTA (30) dias del mes de Octubre de dos mil nueve (2009) en la ciudad de Ibagué.

Atentamente,

DIANA MAYERLY PORTELA AGUIRRE
Administradora

Calle 12 No. 2-43 Oficina 409 Edificio Pompona
Telefax: 2637050 – 2632691 - 2637148 Correo: gestionhumanacta@hotmail.com
Ibagué - Tolima

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

LA COORDINADORA DEL PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓNES
DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO
DEL GUAMO CERTIFICA QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO identificada con C.C. 65554277 del Guamo – Tolima, en su condición de Auxiliar de Enfermeria está capacitado para desempeñar desempeñarse en el servicio de vacunación dentro del marco del Plan Ampliado de Inmunizaciones por cuanto ha asistido a las jornadas de capacitación efectuadas en el Hospital San Antonio del Guamo y se encuentra laborando en el servicio desde el 01/04/2007 a la fecha, y se desempeña eficientemente en dicho programa.

La presente certificación se expide en el Guamo Tolima a los 21 días del mes junio de 2011

LINA MARIA LOPEZ NAVARRO
COORDINADORA PAI

Carrera 9 Número 5-50 Telefax 098-2271297
Email sanantonioguamo@yahoo.es

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 **ELIZBETH DEL CAMPO LEAL** estuvo vinculada con esta empresa por medio del Contrato de Prestación de Servicios No – 198 - C1-2025 con fecha de inicio 22 de septiembre de 2025, cuyo Objeto era: Contratar la prestación de servicios de apoyo a la gestión de una(a) Auxiliar de Enfermeria para la ejecución del Programa de Atención Primaria en Salud (APS) de la ESE Hospital San Antonio del Guamo Tolima, conforme a la resolución N0 0698 del 21 de Abril de 2025 del Ministerios de Salud para la continuidad rural de programa.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada.

Guamo, 19 de Enero 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
4803309923

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000002756 ANEXO:1

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

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
20	01	2026	05	02	2026	23:59	05	02	2027	23:59	365	20	01	2026

VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
05	02	2026	23:59	05	02	2027	23:59	365

VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC **65.554.277**

DIRECCIÓN: MZ 6 CA 3 URB VILLA ANGELICA CIUDAD: GUAMO, TOLIMA TELÉFONO: 3219940595

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC **65.554.277**

DIRECCIÓN: MZ 6 CA 3 URB VILLA ANGELICA CIUDAD: **GUAMO, TOLIMA** TELÉFONO: 3219940595

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: BOLÍVAR CIUDAD: EL GUAMO

DIRECCION: AV.CALLE 0 No. 0-0

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION: NO APLICA

VIGENCIA: 365 días, a convenir 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

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)000000000007000480330992

Elizabeth del Campo Leal
FIRMA TOMADOR

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

EXTLBALLEN 0

CAD0207B0B0AFA765F

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

Compañía de Seguros

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000002756 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC **65.554.277**

ASEGURADO: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC **65.554.277**

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

TEXTO ITEM 1

https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf

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.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.
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.

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 excluyen además las siguientes:
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.

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

FECHA DE APROBACIÓN: 01-OCT-2026 CONTRATO No. 298-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. 480-89-994000002756

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: 994000002756 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC 65.554.277

ASEGURADO: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC 65.554.277

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

TEXTO ITEM 1

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
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.

(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:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000002756 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC 65.554.277

ASEGURADO: **ELIZABETH DEL CAMPO LEAL** IDENTIFICACIÓN: CC 65.554.277

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

TEXTO ITEM 1

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

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Elizabeth

Apellidos: del Campo leal

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 65554273.

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 01 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	01-11-24	Sanofi X3A87IV	HSA S
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	25-0		
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Elizabeth del

Apellidos: Campo leal

Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 65.554 273

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 01 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	23-08-19	012N8019	Elena
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	05-08-09	EU40604-0	Elena
	2	07-09-09	EU40602-B	Elena
	3	15-05-10	024C8026	Miguel
	4	17-03-10	024270050	Miguel
	5			
Contra Hepatitis B	1	25-03-09	SE507226	Miguel
	2	27-04-09	SE507252	Miguel
	3	10-06-09	4X X06025	Miguel

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	01-11-24	Sanofi	X3A87IV	HSA Saturno
Contra Influenza	07-04-07	06262	1 Año	Elena
H1N1	24-05-10	107054P1		Miguel
Otras				
MMR	18-10-11	013M0087		Miguel

Resultado General -2026-09-30→7:50:21 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	65554277	ELIZABETH		DEL CAMPO	LEAL	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) ELIZABETH DEL CAMPO LEAL identificado(a) con CC 65554277 registra La siguiente información:

2026-09-30→7:50:21 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1999-01-22	230	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

EDUCACION INFORMAL.

Capitulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N
En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

FUNDACIÓN INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA
DE ATENCION INTEGRAL
MUNDO VITAL
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 14 DE FEBRERO
DE 2008 N . 00018830 Y NIT. 900810954-9

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

65.554.277.

Asistió y Aprobó el Curso de:

CUIDADOS GENERALES e INTEGRAL en la TOMA de LABORATORIOS - HEMODERIVADOS y TRANSFUSION SANGUINEA.

Lectura e Interpretación.

40 horas Teórico – Practicas.

Dado en Ibagué - Tol, a los 07 días del Mes de Enero del 2026.

Manuel Eduardo Perez Barragan
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente Fundación "MUVI"
Rethus No. 11309817.

Enfermero Especializado.
JOSE LUIS ROZO SAAVEDRA
Capacitador.
RETHUS No. 1110553550.

EDUCACION INFORMAL.

Capitulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N.
En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995.

FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA
DE ATENCION INTEGRAL
MUNDO VITAL
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRER
DE 2008 N . 80012030 Y NIT. 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

C.C. No 65.554.277. Del. Guamo (Tol)

Asistió y Aprobó el Curso de.

SOPORTE VITAL BASICO (BLS) CON ENFASIS EN REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR(RCCP) y Conocimientos en Avanzado.

Con una intensidad de 30 Horas, Teórico – Practicas.
Vigencia De (2) Años.

Dado en Ibagué –Tol, a los 15 dias del Mes de Enero del 2026.

Manuel Eduardo Perez Barragan. 11309817
Rethus. No 11309817 – Capacitador.
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A
Presidente Fundación "MUVI"
Móvil. 3114537975.

Enfermera Profesional Especializada
Clara Ibeth Castaño Díaz.
Rethus No. 1110462593.
Capacitador.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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 %

9 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PUBLICA

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=68bf5d2c-0f4c-43e6-8dd6-5160ac1f512d

Educación Informal

Capitulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N
Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

FUNDACIÓN INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA
DE ATENCIÓN INTEGRAL
MUNDO VITAL
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO
DE 2008 N . 80012630 Y NIT. 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

.C.C. No. 65.554.277.

Asistió y Participo de la Capacitación en:

Atención Integral de Emergencia a Victimas de Abuso, Violencia Familiar y Sexua

Intensidad de 40 horas Teóricas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 20 días del Mes Enero del 2026. √

Manuel Eduardo Perez Barragan
Enfermero Esp. en Rehabilitación- Capacitador.
Retbus . 11309817
Presidente. Fundación "MUVI" NIT. 900202654-9
MOVIL. 3114537975.

Psicóloga Capacitador
Paola Andrea Burgos Jiménez.
TP: 204940.
Entrenada.

Powered by CamScanner

LA FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO
DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9

FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA
DE ATENCION INTEGRAL
MUNDO VITAL

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

C.C. No. 65.554.277.

Asistió y Participo del Seminario - Taller:

ATENCION HUMANIZADA, HUMANIZACION y HUMANISMO EN SERVICIOS DE SALUD.

Con una intensidad de 30 horas Teóricas.

Dado en Ibagué - Tol, a los 16 días del Mes de. Enero del 2026.

Manuel Eduardo Pérez Barragán
Rethus: 11309817
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente: Fundación "MUVI" NIT: 900202654-9.
MOVIL.3114537975.

Psicóloga Capacitador.
Entrenada.
Paola Andrea Burgos Jiménez
TP. 204940

EDUCACIÓN INFORMAL

Según Capitulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N En atención al Decreto / Ley 2150 Articulo 47 de 1995

FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO
DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

C.C. No. 65.554.277.

Asistió y Participo de la Capacitación en:

INTERVENCION INTEGRAL DE EMERGENCIA Y URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON SUSTANCIAS QUIMICAS. Otros.

Según. Art. 2 Ley 1257 de 2008, Decreto 1033 de 2014, Ley 1639 de 2013. Ley 1971 de 2019., Art, 116A del Código Penal, Ley 599 de 2000. y Resolución 4568 de 2014.

Intensidad de 40 Horas Teóricas y Practicas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 13 días del Mes de Enero del 2026.

Manuel Eduardo Pérez Barragán
Rethus: 11309817
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente: Fundación "MUVI" NIT: 900202654

Enfermero Profesional - Especialista.
José Luis Rozo Saavedra.
Rethus: 1110553550.
Capacitador

EDUCACIÓN INFORMAL
Según Capítulo V Decreto 4904 Numeral 5.8. M.E.N En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO
DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9

FUNDACIÓN INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA DE ATENCIÓN INTEGRAL
MUNDO VITAL

HACE CONSTAR QUE:

Elizabeth Del Campo Leal.

C.C. 65.554.277. DEL GUAMO –TOL.

Asistió, Participo y Desarrollo - Taller:

ACTUALIZACION en la TOMA de MUESTRAS Para PAPANICOLAU - C.C.V.U. e INTERPRETACION.

Con una intensidad de 40 Horas. Teóricas y Practicas.

Dado en Ibagué -Tol, a los días 08 del Mes de Enero del 2026

Manuel Eduardo Perez Barragan
Rethus: 11309817
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente. Fundación "MUVI" NIT: 900202654-9
MOVIL. 3114537975.

MANUEL E. PEREZ
Enfermero Esp.
Presidente "MUVI"
Enfermero Esp. M. 11309817

Enfermera – Especialista.
Clara Ibeth Castaño Díaz.
Rethus: 1110462593.
Capacitador - Entrenada.

EDUCACIÓN INFORMAL
Según Capítulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

Powered by CamScanner

FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO
DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL.

C.C. No. 65.554.277 del. Guamo – Tol.

Asistió y Participo del Curso de. Actualización en:

ADMINISTRACION de INMUNOBIOLOGICOS - PROGRAMA – P.A.I.
Énfasis en Vacunación de F.A, (Fiebre Amarilla.). SARAS – 19 (Covid – 19).
y Enfermedades Prevenibles Por Vacunación. .

Con una intensidad de 50 Horas Teóricas y Practicas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 03 días del Mes de Enero del 2026

Manuel Eduardo Pérez Barragán
Rethus: 11309817
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.
Presidente Fundación MUNDO VITAL NIT: 900202654

Enfermero Profesional - Especialista.
José Luis Rozo Saavedra.
Rethus: 1110553550.
Capacitador

EDUCACIÓN INFORMAL
Según Capítulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N. En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

N° de identificación: 65554277

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: 8bb2b61a-f8f8-4e75-b3d6-ecee3eb66cbf

martes 9 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:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

Con número de identificación 65554277
Realizó en el aula virtual el

Curso Virtual de Vigilancia en Salud Pública

Con una intensidad de 120 horas

Se emite el
10 de septiembre de 2025

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

Código de verificación 1901323917ED

68c25582-4c84-4164-8069-3094ac1f5e72

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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: 93,33 %

10 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=68c25582-4c84-4164-8069-3094ac1f5e72

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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: 100,00 %

10 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=68c1af48-2ad4-401f-8a6f-f0e9ac1f0d15

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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: 79,72 %

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=68c2b967-d55c-481e-955a-1020ac1f5e72

39e64160-e721-4228-8232-178c367ef29a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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 versió

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 85,98 %

29 de julio de 2026

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=39e64160-e721-4228-8232-178c367ef2

a0140737-edba-4b4b-8170-3dc6cd8a22be

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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: 84,67 %

28 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede ver en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=a0140737-edba-4b4b-8170-3dc6cd8a22be

4a69b814-51b8-400c-8e2d-e36d5a7554e1

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

ha participado y aprobado el

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

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 91,25 %

29 de julio de 2026

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 ve[illegible]r en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/ver[illegible]p?code=4a69b814-51b8-400c-8e2d-e36d5a7554e

5db66dc2-5c06-4c1c-bc0f-597c5a426ad6

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ELIZABETH DEL CAMPO LEAL

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: 93,33 %

29 de julio de 2026

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 pu[illegible]verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertific[illegible]ode=[illegible]rify.php?code=5db66dc2-5c06-4c1c-bc0f-597c5a