Flandes, 28 de julio del 2026.

Doctor
**DIEGO ANDRÉS GUERRA QUINTERO**
**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE FLANDES.**
Ciudad Flandes. –

ASUNTO. **PROPUESTA DE SERVICIOS CONTRATO FLANDES 2026.**

Respetado doctor:

Mediante el presente documento me permito presentar mi hoja de vida y propuesta para la prestación de servicios de apoyo a la gestión para la ejecución de actividades como auxiliar de enfermería dentro del Hospital nuestra señora de Fátima del municipio de Flandes, así:

**ACTIVIDADES.**

1.- Efectuar las actividades asistenciales, técnicas, de atención, promoción y prevención en salud, necesarias para el cumplimiento del objeto del contrato, para lo cual deberá auxiliar en el recibimiento y entrega de turno en forma detallada paciente a paciente, prueba de lo cual deberá quedar por escrito con la firma, fecha y hora de quien entrega y quien recibe conforme a los lineamientos establecidos en el Manual de Procesos de la Entidad.
2.- Efectuar las atenciones extramurales dè consulta externa de los pacientes tanto a nivel urbano como rural.
3.- Apoyar en el servicio del área de laboratorio de la Entidad.
4.- Apoyar el servicio de vacunación cuando sea necesario, bien al interior de la Entidad y en los lugares donde se efectúen las campañas respectivas.
5.- Apoyar en la revisión de los consultorios médicos para que estén dispuestos para la atención de los usuarios.
6.- Aplicar los procesos asistenciales establecidos para la prestación de los servicios de salud. **PARAGRAFO.** Las glosas generadas por falta de registros o por error del contratista que sirva para el soporte de los servicios prestados a las entidades pagadoras y que no puedan ser recuperadas serán trasladadas al contratista.
7.- Apoyar el proceso de programación de consultas de los diferentes servicios de la Entidad y la entrega de resultados de exámenes a los usuarios externos e internos.
8.- Registrar en la matriz o base de datos que se disponga para ello, la productividad diaria de la Entidad.
9.- Participar en la revista de Enfermería como mecanismo de seguimiento a la aplicación de los protocolos de manejo de Enfermería.
10.- Administrar bajo la supervisión del Jefe de Enfermería, los medicamentos a los pacientes que tiene a su cargo en el servicio.
11.- Registrar las correspondientes anotaciones en la Historia Clínica con letra clara, legible y completa cumpliendo con lo establecido por la Resolución 1995 de 1999 y demás normas que la adicionen, modifiquen o complementen.
12.- Organizar las historias clínicas de los pacientes, debidamente foliados y con todos los soportes respectivos.
13.- Prestar los servicios como tripulante de las ambulancias de la Entidad en caso de que se requiera, para lo cual deberá revisar tanto al momento de la recepción como entrega del turno, los insumos, su fecha de vencimiento o faltantes necesarios para la adecuada prestación del servicio.
14.- Efectuar la desinfección de las diferentes áreas de la Entidad donde se requiera.
15.- Apoyar las jornadas de salud que efectúe la Entidad en los diferentes lugares donde se deban ejecutar.
16.- Brindar educación al paciente y su núcleo familiar en lo referente a los cuidados propios de la patología que presenta.
17.- Mantener informado al supervisor del contrato acerca de las novedades del servicio.

18.- Apoyar al médico de turno en el proceso de remisión de pacientes a otros niveles de complejidad.
19.- Apoyar cuando sea necesario el proceso de traslado de pacientes a otros niveles de complejidad, de acuerdo con los protocolos y guías de manejo establecidos.
20.- Brindar información a los usuarios al ingreso, durante la hospitalización y durante el egreso hospitalario de forma humanizada, clara, oportuna, fidedigna y ética.
21.- Apoyar la preparación del usuario para la atención médica y de enfermería, realización de exámenes diagnósticos, realización de procedimientos generales, realización de procedimientos quirúrgicos de acuerdo con los protocolos institucionales, soportados en el manual de seguridad del paciente, manual de bioseguridad, plan de desechos hospitalarios, entre otros.
22.- Aplicar permanentemente las operaciones relacionadas con la política de seguridad del paciente.
23.- Cumplir con las normas de Bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios y demás políticas de la Entidad.
24.- Responder económicamente, de ser el caso, cuando se trate de glosas y/o recobros que afecten directamente a la Entidad, tratándose de acciones u omisiones inherentes al ejercicio por el cual ha sido contratado.
25.- Aceptar, acoger y cumplir el cronograma de turnos establecido.
26.- Participar activamente en las reuniones que convoque la Entidad.
27.- Mantener la confidencialidad en el manejo de la información de acuerdo con los parámetros establecidos en el código de ética y los procedimientos del área, el incumplimiento de esta dará lugar a las sanciones que podrán ir desde multas hasta la caducidad del contrato, según el caso.
28.- Ingresar a las hojas de vida la evidencia de la inducción y reinducción según el plan de capacitación.
29.- Cumplir con la asistencia del 90% del plan de capacitación institucional con participación de evaluaciones pres y post.
30.- Participar de los simulacros institucionales y de las acciones de mejora
31.- Participar de manera activa según el cronograma de los comités en salud institucional y municipal.
32.- Participar de las auditoría Internas y Externas según plan gerencial y/o evaluación de indicadores de calidad y gestión del riesgo; facilitando los datos requeridos.
33.- Conocer, divulgar y manejar el tablero de control de las estimaciones por EAPB vigentes (número de usuarios por ciclo de vida y evaluación mensual, trimestral, semestral y anual).
34.- Realizar la demanda inducida por el sistema SIHOS para el cumplimiento de metas de PYD según el tablero de control.
35.- Aplicar la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente y reporte de evento adverso.
36.- Implementar al manual de Bioseguridad y plan de gestión de residuos hospitalarios y similares.
37.- Participar en las capacitaciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en **Salud** (SOGCS).
38.- Realizar las consultas externas e internas en la Entidad Hospitalaria.
39.- Apoyar en la presentación de los informes a los diferentes Entes de control.
40.- Apoyar las demás que sean impartidas por el Supervisor de la orden, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de esta.

El valor de los honorarios mensuales será por la realización de 21 turnos por la suma de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000,00) MCTE.**

Cordialmente,

Yenny Carolina Leal Salas 39578 ore

**YENNY CAROLINA LEAL SALAS**
**Contratista.**

# YENNY CAROLINA LEAL SALAS



Cra.4 N.° 6-10 Barrio Iquesima
Celular: : 320 990 6165
Flandes - Tolima
email: lealyenny750@gmail.com
yenny.carolina.leal@hotmail.com

## PERFIL LABORAL

Auxiliar de enfermería con los conocimientos y formación académica, soportados en el mejoramiento de los métodos y procedimientos como resultados de la práctica, habilidad para establecer buenas relaciones interpersonales enmarcadas en respeto, comprometida con los objetos y políticas de la empresa. Con alta experiencia en el sector privado y público en el área de urgencias, hospitalización y UCI intensiva.

Scanned with CamScanner

## ESTUDIOS REALIZADOS

Atención en Soporte Vital Básico
SENA
Girardot 02 de febrero del 2020

Administración de Medicamentos
SENA
60 horas
Girardot 12 de diciembre del 2019

Atención del Paciente Psiquiátrico
UNIVERSIDAD CUNDINAMARCA
Girardot marzo 2013

Seminario de Actualización en Diagnostico y manejo
De VIH – Sida
INSTITUTO DE VIR LOGIA Y ENFERMEDADES E INFECCIOSAS
Ricaurte Octubre 10 del 2008

Técnico en Auxiliar de Enfermería
FUNDEMAG
Girardot 2002

Bachiller Académico
INSTITUTO BARBULA
Girardot 1998

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

## Experiencia laboral

**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA**
**07 de febrero 2018 – 31 de enero 2020 Flandes – Tolima**
**Jefe Inmediato: LISISY GALLEGO**
**Teléfono: 2404427**

**CLINICA SAN SEBASTIAN**
**Girardot 01 agosto 2015 – 28 febrero 2017.**
**Jefe Inmediato: Enfermera Jefe Gina Zamudio**
**Teléfono: 8330190**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA DE GIRARDOT**
**Auxiliar de Enfermería**
**2012 – 2013**
**Jefe Inmediato. NAIDU CUEVAS**
**Fijo 8351020 ext. 902**

**HOSPITAL SAN RAFAEL**
**Auxiliar de Enfermería**
**2011 – 2013**
**Jefe Inmediato: FLOR ALBA BERNAL**
**Teléfono: 8351020 ext. 902**
**Girardot – Cundinamarca**

**CENTRO DE SALUD SAN PEDRO**
**Auxiliar de enfermería**
**2004 – 2005**
**Jefe Inmediato: JENNY ZULIMA VASQUEZ**
**Teléfono. 2400446**
**Flandes - Tolima**

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS SAS EN LIQUIDACION.
Desde 04 de febrero 2021 hasta el lunes 17 2022 Girardot- Cund.
Jefe inmediato GABRIEL RONDON
Teléfono 6045607810

ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS
Desde 01 marzo del 2022 hasta 20 febrero 2023 Girardot- Cund.
Jefe inmediato GABRIEL RONDON
Teléfono 604567810

ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS
Desde 22 marzo del 2023 hasta el 11 marzo del 2024 Girardot-Cu
Jefe inmediato ALEJANDRA SEBALLOS
Teléfono 3176994581

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

## Referencias personales

LILIAN LORENA GUTIERREZ PARADA
Bacterióloga
Celular: 3146380343

LUIS DENNIS ROMERO
Enfermero Jefe
Celular: 3142665263

ANGELA RAMIREZ
Médico General
Celular: 3168707049

Yenny Carolina Leal Salas

YENNY CAROLINA LEAL SALAS
C.C. 39.578.024 de Girardot

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

# El Instituto "Barbula" de Girardot - Cundinamarca

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

SEGUN RESOLUCION No. 15079 DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 1.985

CONFIERE A:

## Yenny Carolina Leal Salas

EL TITULO DE

# BACHILLER ACADEMICO,

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 14 FOLIO No. 30

NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARIA DE EDUCACION SEGUN DECRETO No. 731 DEL 14 DE MAYO DE 1.974.

Girardot, 1 de 1993

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

# Instituto Barbula de Girardot – Cundinamarca

**AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 15079 DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 1.985**

**ACTA DE GRADO No. 14**

**EL TITULO DE: BACHILLER ACADEMICO POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.**
**GRADUANDO: YENNY CAROLINA LEAL SALAS**
**EN Girardot a los VEINTISIETE (27) días del mes de NOVIEMBRE de 1.998.**

**RECTOR**

**SECRETARIO**

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena

# FUNDEMAG

EDUCACIÓN NO FORMAL
RESOLUCIÓN OFICIAL No. 0X1620-95 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL EN

## AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

## Yenny Carolina Leal Salas

C.C. No. 30.570.024 EXPEDIDA en Girardot, Cundinamarca

GRADUADO 20 de diciembre de 2002

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA.

Representante Legal de la Fundación

Secretario General

Coord. del Programa

El Director

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

**Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena**

# FUNDEMAG

**RESOLUCIÓN No 000628-95/000027-99 S.E.C.**

## ACTA DE GRADO No.412

PROGRAMA: AUXILIAR DE ENFERMERIA

GRADUANDO: YENNY CAROLINA LEAL SALAS

En Girardot a los VEINTE ( 20 ) días del mes de DICIEMBRE de 2.002

Siendo las 7:00 P.M. presidido por el Señor Rector del Instituto Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena FUNDEMAG, se llevó a cabo el acto de graduación del (a) Señor ( a)

YENNY CAROLINA LEAL SALAS

En el programa de : AUXILIAR DE ENFERMERIA

El Señor Rector de la Fundación de Estudios Técnicos del Magdalena "FUNDEMAG" después de tomar el Juramento de rigor al graduando, le hizo entrega del Certificado de Aptitud Ocupacional (CAO) pertinente a:

YENNY CAROLINA LEAL SALAS

No siendo otro el objetivo, se levantó la sesión y se firmó ésta acta por los que en ella intervinieron en el acto de Graduación.

FDO. EL RECTOR :

FDO. EL COORDINADOR :

FDO. EL SECRETARIO :

En Girardot, a los VEINTE ( 20 ) días del mes de DICIEMBRE de 2002

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
## Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Leal | Salas | Yenny Carolina |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39573094 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 26 MES 07 AÑO 1980
PAÍS Colombia
DEPTO Cundinamarca
MUNICIPIO Girardot

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Cra 4 # 6-10 B/ Iguema
PAÍS Colombia DEPTO Tolima
MUNICIPIO Flandes
TELÉFONO 3209986165 EMAIL Yenny.Carolina.leal@Hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 11 AÑO 1998 |
| | | | | X | | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tecnico | 4 | X | | Auxiliar de enfermeria | 11 | 2002 | 39573094 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica Dumian | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Girardot | liquidaciones1@solaservis.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3223630260 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 07 MES 04 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Asistencial | Alto de la cruz Cra 5- |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| clinica Dumian | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Girardot | liquidaciones1@solaservis.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3223630260 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2022 | DÍA 20 MES 02 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermio | Asistencial | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica Dumian. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Girardot | actasdesta@actuas.co. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3227387673 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2023 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de enfermia | Asistencial | Bogota. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 22. | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 22. | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá Abril

Jenny Carolina Leal Salas

*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.

*Ciudad y fecha*

*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 | 2026-04-06 15:50 |
|---|---|---|---|

**Nombres y apellidos completos**

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| YENNY | CAROLINA | LEAL | SALAS |

**Documento de identificación**

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 39578024 |
|---|---|---|---|

**Lugar de nacimiento**

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | FLANDES |
|---|---|---|---|---|---|

**Lugar de domicilio**

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | FLANDES |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **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** | HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO |

**Lugar de sede**

| País | COLOMBIA | Departamento | TOLIMA | Municipio | FLANDES |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **Dirección** | ["CALLE 6 No. 9-45 BARRIO LA CEIBA - FLANDES 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 AGREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $6.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $125.000,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $6.125.000,00 |

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| NINGUNO | COLOMBIA | TOLIMA | FLANDES | $0,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| NA | $0,00 |

## 12. 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 INTERES

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 CONYUGE 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:**

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

Megacoop
Cooperativa de trabajo Asociado

**CERTIFICO**

*Que la señora* ***YENNY CAROLINA LEAL SALAS*** *identificada con cédula de ciudadanía número* ***39.578.024*** *expedida en la ciudad de* ***Girardot.*** *Labora con la cooperativa desde el día 21 de Julio de 2012. Que en el desarrollo del convenio de asociación suscrito con la cooperativa, se desempeñó como* ***Auxiliar de Enfermería,*** *en el Hospital Universitario de la Samaritana, Unidad Funcional de Girardot. Hasta el día 28 de Junio de 2013.*

*Se expide en Girardot a los (02) días del mes de Agosto de 2013 a solicitud del interesado.*

*Cordialmente.*

***DIANA MARCELA CAMPOS ZAMUDIO***
*Coord. Talento Humano*

NIT 808003924-5
Cra 7ª Nº 21ª -53 Barrio San Antonio PBX (1) 8352998-8352999
Fax (1) 8353003 Celular 3153369794-3157689883
coomega.negacoop@gmail.com

Scanned with CamScanner

Libertad y Orden

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**
**HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA E.S.E.**
**FLANDES - TOLIMA**
**NIT-809003128-2**

***El SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA E.S.E." CON NIT:809-003128-2***

***CONSIDERANDO***

*Que somos una IPS pública adscrita a la Dirección Local de Salud, Secretaria de Salud Departamental del Tolima e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dotada de personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios y por el derecho privado, cuya misión es: Prestar servicios de salud en el municipio de Flandes a la población en general sin discriminar su condición social, política, etnia o económica, bajo los principios de atención humanizada, suficiencia tecnológica y talento humano altamente calificado.*

***HACE CONSTAR***

*Que la Señora **YENNY CAROLINA LEAL**, identificada con la cedula de ciudadanía No.39.579.024 expedida en Girardot – Cundinamarca, Presta los servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Área de Urgencias del Hospital nuestra Señora de Fátima por el periodo comprendido del Siete (07) de Febrero del 2018 a la fecha, oscilando una asignación salarial para la vigencia 2019, por el valor de UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS ($1.236.000).*

*Los datos aquí consignados hacen parte de la información que reposa en el ARCHIVO de LA ENTIDAD.*

*La presente certificación, se expide a solicitud de la interesada a los DIECINUEVE (19) días del mes de noviembre del dos mil diecinueve (2019).*

**JULIO ENRIQUE MOSCOSO ARIZA**
*PROFESIONAL UNIVERSITARIO-ADMINISTRADOR HNSF*
*Hospital Nuestra Señora de Fátima E.S.E*

*Calle 6 No.9-45 Barrio La Ceiba, Teléfonos (098) 2404427 – 2404402 Flandes Tolima*
*Correo Electrónico: contactenos@esehospitalfatima-flandes-tolima.gov*

Scanned with CamScanner

# *A QUIEN PUEDA INTERESAR*

**LA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS S.A.S -EN LIQUIDACION- SOLASERVIS S.A.S,** con **NIT. 900.577.600-0, domiciliada en la ciudad de Bogotá, hace constar que el señor(a):YENNY CAROLINA LEAL SALAS,** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No.39578024,** estuvo vinculado(a) a nuestra Compañía desde el **jueves, 04 de febrero de 2021** hasta el **lunes, 17 de enero de 2022,** ejecutando el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA mediante un contrato de trabajo por el término que dure la realización de la obra o labor determinada, con un salario mensual de **$ 1.200.000** y por **otros** conceptos, **(AUXILIOS NO CONSTITUTIVOS DE SALARIO),** Un valor de **$.**

**Para** constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, el **17 de enero de 2022.**

Atentamente,

**JOSE JOAQUIN BECERRA GUERRERO**
**LIQUIDADOR**

c.c. Hoja de vida
Empresa: DUMIAN GIRARDOT
Ciudad: GIRARDOT
Elaboró: AAMM



Scanned with CamScanner

**ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS**
**ACTISAS NIT. 900.978.700-1**

# CERTIFICACION

Que el(la) señor(a) **YENNY CAROLINA LEAL SALAS** identificado con Cedula de Ciudadanía número **39.578.024**, labora(o) en nuestra compañía a partir del **martes, 01 de marzo de 2022** hasta el **lunes, 20 de febrero de 2023**, mediante un contrato de trabajo por el término que dure la **OBRA O LABOR**, desempeñándose en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con una asignación mensual de **$ 1.200.000** y por **OTROS CONCEPTOS**, auxilios no constitutivos de salario, Un valor de **$ 0.**

**La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado el lunes, 20 de febrero de 2023.**

Atentamente,

**ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS. "ACTISAS".**

Nota: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias Judiciales.

**cc. Hoja de Vida**
**Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA**
**Nómina DUMIAN GIRARDOT**
**Elaboró: AAMM**

Carrera 74 B No. 52 A – 69 Barrio Normandía Bogotá D.C. – Colombia.
Correo electrónico: actisasesl@actisas.co Celular: 3227387673

Scanned with CamScanner

Girardot. 22 de Enero de 2014

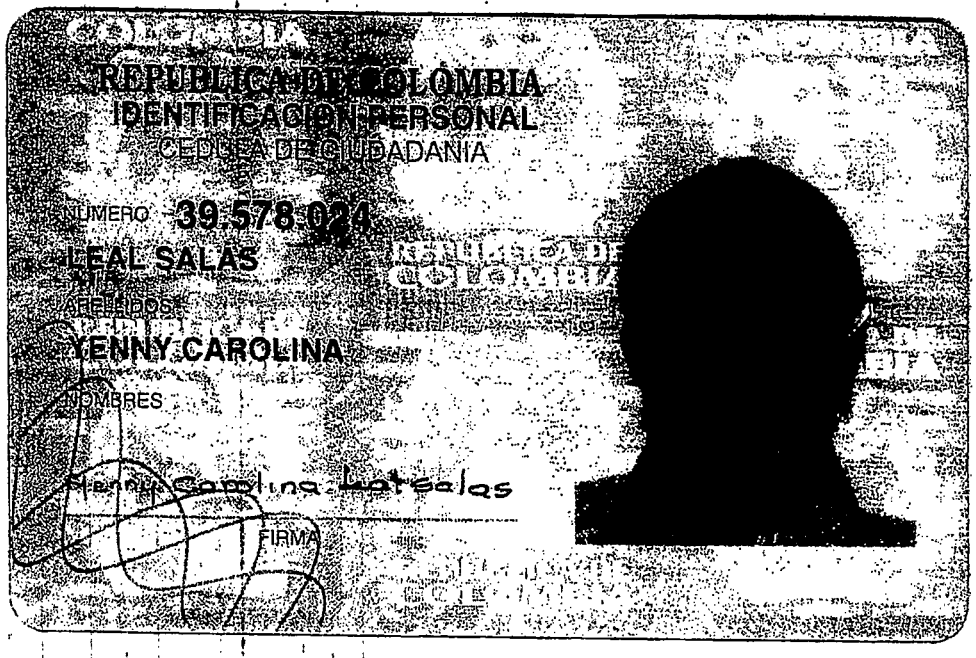
**RECOMENDACIÒN**

A QUIEN CORRESPONDA: Me permito informarle que conozco amplia y detalladamente a! Sra. **YENNY CAROLINA LEAL** identificada con la C.C. **39.578.024** de Gdot y puedo asegurar que es una persona integra, estable totalmente responsable y competente para cualquier tipo de actividad que se le encomiende. Por lo anterior no tengo inconveniente ninguno en recomendarlo ampliamente agradeciendo de antemano la atención y facilidades que le puedan brindar. Se extiende la presente para los efectos legales que al interesado convenga

Atentamente

**SANDRA JULIETH VERA**
Cel. 310 815 3022

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.578.024

LEAL SALAS

APELLIDOS

YENNY CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1980

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

05-NOV-1998 GIRARDOT

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1510900-00742161-F-0039578024-20150828 0046085704A 1 1743546564

DIAN

**Formulario del Registro Único Tributario**
**Hoja Principal**

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14320756626

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 5 7 8 0 2 4 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: 8

14. Buzón electrónico:

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 3 9 5 7 8 0 2 4

27. Fecha expedición: 1 9 8 8 1 1 0 5

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Cundinamarca — 2 5

30. Ciudad/Municipio: Girardot — 3 0 7

31. Primer apellido: LEAL

32. Segundo apellido: SALAS

33. Primer nombre: YENNY

34. Otros nombres: CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Tolima — 7 3

40. Ciudad/Municipio: Flandes — 2 7 5

41. Dirección principal: MZ D CA 9 URB EL PRADO

42. Correo electrónico: yocalcas_26@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 3 3 4 7 9 4 2 6

45. Teléfono 2:

## CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 6 9 2 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 8 0 5 0 1

Actividad secundaria — 48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código: Otras actividades — 1 — 2

Ocupación — 51. Código: 5 1 3 2

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

29- Obligación RIT

## Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Sentido | 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 [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 4 1 1 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien la suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

994. Nombre: ESTEBAN RINCON TANIA SIDDHARTHA
995. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 05-02-2018 08:19:47AM

COPIA
DOCUMENTO SIN COSTO
Scanned with CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

39578024

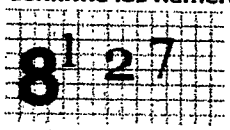
Primer Nombre

yenny

Primer Apellido

leal

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3122

Limpiar

**Resultado General -2026-04-06→10:59:31 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 39578024 | YENNY | CAROLINA | LEAL | SALAS | 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) YENNY CAROLINA LEAL SALAS identificado(a) con CC 39578024 registra La siguiente información:**

**2026-04-06→10:59:31 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2006-06-06 | 2233 | 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).**

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION No. 23 2233 DE 2006
( 06 JUN. 2006 )

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

**LA SECRETARIA DE SALUD**

En uso de la facultad concedida por la Resolución 3211 de Julio 15 de 1989, Decreto No. 1575 de 1994 y Decreto No. 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

Que YENNY CAROLINA LEAL SALAS, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.39.578.024 de Girardot (Cundinamarca), solicitó el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorga LA FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA "FUNDEMAG" GIRARDOT CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.625, DE FECHA 20 DE DICIEMBRE DE 2002.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional no requiere Registro ante la Secretaria de Educacion, de conformidad con lo dispuesto en la circular No. 030 de [illegible] de 1994

**RESUELVE:**

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR DE ENFERMERIA, otorgado a YENNY CAROLINA LEAL SALAS identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.39.578.024 de Girardot (Cundinamarca), que le otorga LA FUNDACION DE ESTUDIOS TECNICOS DEL MAGDALENA "FUNDEMAG" GIRARDOT CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE GRADO No.628, DE FECHA 20 DE DICIEMBRE DE 2002

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D. C., a los 06 JUN. 2006

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

[illegible]
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

[illegible]
Dirección Universitaria de Salud (e)

CUNDINAMARCA
Es tiempo de crecer



Scanned with CamScanner
Scanned with CamScanner

**FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Yenny Carolina Leal Salas*

## *CC 39578024 de Girardot - Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso en Soporte Vital Básico RCCP (BLS) con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2024-04-03
Fecha de vencimiento: 2026-04-03

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educ
Desarrollo Human
Docente Especial

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Yenny Carolina Leal salas*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## *Diagnóstico y manejo clínico del dengue*

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

28 de julio de 2023

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://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64c3c67a-4fa8-4b1f-8992-3607ac1f1c2e

Scanned with CamScanner

VS-515

**INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO**
**INFORTECT S.A.S**
**Aprobado por la Secretaria de Educación de Girardot**
**Según Resolución 675 de Agosto de 2015**
**NIT: 900.956.839 - 1**

# CERTIFICA QUE:

## YENNY CAROLINA LEAL SALAS

*Con Número de Identificación: C.C. 39.578.024 de Girardot*

*Asistió Al Curso:*

## "ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO"

*Realizado con una intensidad horaria de 40 horas*

**Enf. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO**
**Representante Legal**

*Dado en la Ciudad de Girardot, a los 20 días del mes de mayo de 2025*

VERIFICACIÓN
3106096755

Scanned with CamScanner

**INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO**
**INFORTECT S.A.S**
**Aprobado por la Secretaria de Educación de Girardot**
**Según Resolución 675 de Agosto de 2015**
**NIT: 900.956.839 - 1**

***PAI – 055***

# CERTIFICA QUE:

## *YENNY CAROLINA LEAL SALAS*

*Con Número de Identificación: C.C. 39.578.024 de Girardot*

*Asistió al Curso:*

## *"PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – VACUNACIÓN PAI"*

*Realizado con una intensidad horaria de 60 horas*

**Enf. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO**
**Representante Legal**

*Dado en la Ciudad de Girardot, a los 21 días del mes de mayo de 2025*

VERIFICACIÓN
3106568788

Scanned with CamScanner

AIN-048

**INSTITUCION DE FORMACION TECNICA Y PARA EL TRABAJO**
**INFORTECT S.A.S**
**Aprobado por la Secretaria de Educación de Girardot**
**Según Resolución 675 de Agosto de 2015**
**NIT: 900.956.839 - 1**

# CERTIFICA QUE:

## *YENNY CAROLINA LEAL SALAS*

*Con Número de Identificación: C.C. 39.578.024 de Girardot*

*Asistió al Curso - Taller:*

# "ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLÓGICOS"

*Realizado con una intensidad horaria de 40 horas*

**Enf. Esp. HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO**
**Representante Legal**

*Dado en la Ciudad de Girardot . a los 21 días del mes de mayo de 2025*

VERIFICACION
3108586795

Scanned with CamScanner

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Yenny Carolina Leal Salas*

## *CC 39578024 de Girardot, Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso en Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-09-25
Fecha de vencimiento: 2027-09-25

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Certifica*

# *Yenny Carolina Leal Salas*

## *CC 39578024 de Girardot, Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio con un total de 80 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-09-25
Fecha de vencimiento: 2027-09-25

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14320756626

(415)7707212489984(8020) 000001432075662 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 9 5 7 8 0 2 4 | 1 | Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 9 5 7 8 0 2 4 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEAL | SALAS | YENNY | CAROLINA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Flandes 2 7 5 |

41. Dirección principal: MZ D CA 9 URB EL PRADO

42. Correo electrónico: yecalesa_26@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 3 4 7 9 4 2 6 | |

## 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 8 0 5 0 1 | | | | | 5 1 3 2 | |

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 20141120

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: ESTEBAN RINCON TANIA SIDDHARTHA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 08-04-2026 10:14:28AM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Yenny Leal

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300157285

PIB
07:32:33


Bogotá DC, 28 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YENNY CAROLINA LEAL SALAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39578024:

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.**

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 martes 28 de julio de 2026, a las 07:34:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 39578024 |
| Código de Verificación | 39578024260728073413 |

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

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:35:49 AM horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **39578024**

Apellidos y Nombres: **LEAL SALAS YENNY 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.

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



Todos los derechos reservados.

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, 06/04/2026 03:23:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39578024** y Nombre: **YENNY CAROLINA LEAL SALAS.**

## 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. **137676764** . 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

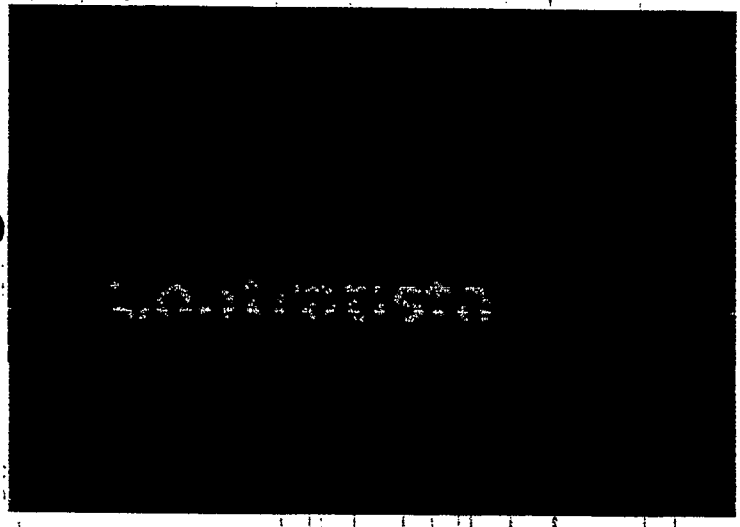
**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 15:21:41 horas del 06/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39578024,**
Apellidos y Nombres **LEAL SALAS YENNY CAROLINA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPÍTAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA,** con NIT **809003128-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



## Nueva Búsqueda

- (•) Empresa / Persona
- ( ) Entidad
- ( ) Departamento

[ ] Soy humano hCaptcha Privacidad - Condiciones

39578024

Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

**Nombre de persona o empresa**
YENNY CAROLINA LEAL SALAS

**Nit / C.C.:**
39578024

0

# Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOP), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

**Seleccione un año**

Todos los años

## Lista de los contratos más cuantiosos

*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

Copy CSV Excel PDF Print Buscar:

| # | Monto | Objeto de contrato | Entidad | Fecha inicio | Fecha terminación | Departamento | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $12,360,000 | PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA | TOLIMA HOSPITAL | 2019- | 2019-11-04 | TOLIMA | |

| # | Monto | Objeto del contrato | Entidad | Fecha inicio | Fecha terminación | Departamento | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | $1,236,000 | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL EN EL AREA DE LA SALUD ... | TOLIMA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA ... | 2020-01-01 | 2020-01-31 | TOLIMA | |
| 5 | $1,236,000 | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL EN EL AREA DE LA SALUD ... | TOLIMA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA ... | 2018-12-01 | 2019-01-01 | TOLIMA | |

# Entidades

**Entidades con mayor número de contratos adjudicados discriminados por: Número de procesos, Departamento y Municipio.**

## Gráficas del reporte

**Para visualizar gráficas seleccione una opción**

Reporte exploratorio SECOP | Numero de contratos por mes - año | Cuantia y numero de contratacion por año



**Powered by Secretaría de Transparencia**


# ¿Es conocedor de un hecho de corrupción?

La Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República cuenta con un canal de denuncia de hechos de corrupción. Puede denunciar de manera segura cualquier irregularidad que conozca.

## Presidencia de la República de Colombia

Casa de Nariño: carrera 8 No. 7-26

Vicepresidencia: carrera 8 No. 7-27

Edificio Administrativo: calle 7 No. 6-54

Código postal: 111711

Horario de atención: Lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Contacto

Conmutador: + 57 (601) 562 9300

Correo institucional:

contacto@presidencia.gov.co

Notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@presidencia.gov.co

Política de seguridad de la información

## Acerca del sitio

Reporte

Presupuesto Transparente

Mapa de noticias

Indicadores

Normatividad

Contacto

Ope...

COLOMBIA

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 39578024 **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 06/04/2026 03:55 PM

Código Verificación: **BYN58KWCHU**

Válida hasta: **05/07/2026**

**Dirección de Gobierno Digital**

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

TOMADOR: YENNY CAROLINA LEAL SALAS — CC 39.578.824

DIRECCION: CR 4 NRO. 6 - 1 — CIUDAD: FLANDES, TOLIMA — TELEFONO: 3209906165

ASEGURADO: YENNY CAROLINA LEAL SALAS — CC 39.578.024

DIRECCION: CR 4 NRO. 6 - 1 — CIUDAD: FLANDES, TOLIMA — TELEFONO: 3209906165

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
|---|---|---|---|---|
| 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2027 | 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| THE ASEGURAMOS RG LTDA | 164053 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO | |
|---|---|
| COMPAÑIA | % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

TOMADOR: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

1

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 50,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | $ 50,000,000.00 | | $ 10,000,000.00 |

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 5,000,000.0

CUANTIA DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| SUMA ASEGURADA: | $ ********50,000,000.00 | PRIMA: | $ **********91,853.00 |
| FORMA DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********17,452.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********109,305.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.86.0000000E.RC.001A. DNE, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)770999802116 7(8020)1100561174813 1(3900)0000001 69305(96)20250521

REFERENCIA PAGO: 1100561174813-1

25-03-101013597

FIRMA AUTORIZADA — CLIENTE — TOMADOR

VIGENTE HASTA EL DIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| IBAGUE | IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

TOMADOR: YENNY CAROLINA LEAL SALAS — CC 39.578.024
DIRECCION: CR 4 NRO. 6 - 1 — CIUDAD: FLANDES, TOLIMA — TELEFONO: 3209906165

ASEGURADO: YENNY CAROLINA LEAL SALAS — CC 39.578.024
DIRECCION: CR 4 NRO. 6 - 1 — CIUDAD: FLANDES, TOLIMA — TELEFONO: 3209906165

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

| FECHA DE EXPEDICION (D-M-A) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A) | VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A) |
|---|---|---|---|---|
| 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2027 | 06 / 04 / 2026 | 06 / 04 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| TE ASEGURAMOS RG LTDA (CORREDOR) | 164053 | 100.00 |

COASEGURO CEDIDO — COMPAÑIA: — % PARTICIPACION:

UBICACION DEL RIESGO

www.segurosdelestado.com
www.segurosdevidadelestado.com

Acceso a la información




| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ ********50,000,000.00 | PRIMA: | $ **********91,853.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********17,452.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********109,305.00 |

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

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

CARRERA 4C NO. 33 - 66, TELÉFONO 2701048 - IBAGUE

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.86.860009578.RC.901A. DMI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
| | | |

| | |
|---|---|
| EFECTIVO | |
| CHEQUE | |
| TOTAL $ | |

REFERENCIA PAGO: 1186501174513-1

(415)7709999992216(8020)110356117481314(3900)0000010930579(96)20260521

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

[redacted] SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| ASEGURADO | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: YENNY CAROLINA LEAL SALAS C.C.: 39.578.024
ASEGURADO: YENNY CAROLINA LEAL SALAS C.C.: 39.578.024
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
DIRECCION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO
VIGENCIA: 06/04/2026 AL 06/04/2027
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY CORRESPONDIENTE: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CLAUSULADO ORIGINAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 00000002-RC-001A- D001
ADICIONAL A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA
LIMITE ASEGURADO: $50.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS COSTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.
PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: 109.305
COBERTURAS:
1. AMPARO BASICO
1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL
ASEGURADORA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

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

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

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

PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS SIMILARES, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

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

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

2. EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ENAJENADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

VALENTINA MOLANO

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | FOLIZA No | ANEXO No |
|---|---|---|---|
| IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | YEENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| ASEGURADO | YEENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.
2. RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
[illegible] CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO),

[illegible] INMUEBLES, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE [illegible] DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE [illegible] DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA EL 3. EN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER [illegible], CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$200.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO: $50.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $50.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $50.000.000
CUANTIA DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $5.000.000
VIGENCIA $10.000.000
DEDUCIBLES
TASA DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

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

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

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

3. RESPONSABILIDAD DE OTRAS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN [illegible] PROPIO DEL ASEGURADO.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

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

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE –CUPS– (RESOLUCION 5261 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O SUSTITUYAN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.


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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| ASEGURADO | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

9. EN EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CUMPLIENDO EL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
A- CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
B- CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
C- CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, DEBIDO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
D- CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (DIEU) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIEN MEDIAR CAUSAL ESPECIFICA.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DIAGNOSTICOS PRENATALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA DECISION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.

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

12. SANCIONES IMPUESTAS O EXTRAPATRIMONIALES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

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

14. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
15. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ANESTESIOLOGO Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
16. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALTAS DE PERICIA Y FALTAS JUDICIALES, SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE QUE EL ASEGURADO ES CULPABLE PLENAMENTE.
17. RESPONSABILIDAD CIVIL COMO CONSECUENCIA DEL RESULTADO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL INCUMPLIMIENTO NO JUSTIFICADA DEL ACUERDO CON LA EPS, EN CASO DE NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CUBRIRE A LA EPS, SIEMPRETRO RESPONDA AL ASEGURADO CUBIERTO EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE EL PACIENTE RECLAMANTE SEA LA PERSONA CLINICA Y CONSECUENCIA A OMISIONES O ACTUACIONES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD.
18. RESPONSABILIDAD CIVIL POR EQUIPOS BIOMEDICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O BIOLOGICOS POR EL CONSUMO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE GENEREN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
19. VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
20. PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
21. CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE INCLUYE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
22. ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AMPARAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
23. PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
24. LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
25. ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
26. ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
27. CONTAMINACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, REMOVER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
28. DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
29. RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
30. ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE HED O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
31. POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
32. MORA DE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.



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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

TOMADOR YENNY CAROLINA LEAL SALAS
DIRECCION CR 4 NRO. 6 - 1 CIUDAD FLANDES, TOLIMA CC 39.578.024 TELEFONO 3209906165

ASEGURADO YENNY CAROLINA LEAL SALAS
DIRECCION CR 4 NRO. 6 - 1 CIUDAD FLANDES, TOLIMA CC 39.578.024 TELEFONO 3209906165 NIT 0-0

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

24. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, PRACTICAS ILEGALES RESTRICTIVAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUEDA RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O RESPONSABILIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PRESTACIONES SOCIALES, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
25. ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER SINDICATO, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
26. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
A-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O BELIGERANCIA (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, SUBLEVACION, INSURRECCION, O COMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O GUERRA.
B-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE SEAN DADO, VENGAN, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

27. CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION DE CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
28. TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O CUYO CONOCIMIENTO DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
29. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA LEGALMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42. EL DESLAZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43. ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44. LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46. CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47. EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESPECIFICACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49. ATENCION NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50. CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51. RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL MISMO.
52. CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53. EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55. RECLAMACIONES DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: PARA ESTE CONTRATO SOMETIDO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56. CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57. PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58. EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61. SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE AUN NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62. LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63. NO TENDRAN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICO, ADICIONADO POR OTRO OTROSI DE FECHA EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

VALENTINAARG/RAD

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| IBAGUE | EMISION ORIGINAL | 25-03-101013597 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| ASEGURADO | YENNY CAROLINA LEAL SALAS | | | CC | 39.578.024 |
| DIRECCION | CR 4 NRO. 6 - 1 | CIUDAD | FLANDES, TOLIMA | TELEFONO | 3209906165 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR UNA PERDIDA SEA ESTE DIRECTO, INDIRECTO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DEBIDO A, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

A. EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTIVAS OFICIALES SOBRE:
1. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
2. UNA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
3. EL AMBIENTE REAL O PRESUNTO;
B. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
C. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
D. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) PANDEMIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
-CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE PRESENTE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

AISOCUPACIONAL
Asistencia y Asesorías Integrales en Salud Ocupacional S A S

**Nit. 900.595.056-1**

Carrera 8 No. 19 - 32 Barrio Granada
Conmutador: (57)(1) 8351007 - Cel. 320 2310609
Girardot, Cundinamarca - Colombia
www.aisocupacional.co

# CONCEPTO DE APTITUD

**Paciente:** YENNY CAROLINA LEAL SALAS
**Identificación:** CC 39578024
**Género:** F **Fecha de Nacimiento:** 1980-07-26 **Edad:** 45 A
**Teléfono:** 3209906165
**Dirección** CRA 9 N C 19- SAN MIGUEL
**Residencia:** GIRARDOT
**Profesión:** Sin información
**Nivel Educativo:** Tecnica **Grado de Escolaridad:** Completa **Estado Civil:** Soltero(a)
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa en misión:** PARTICULAR
**Actividad económica:**
**EPS:** SALUD TOTAL S.A. E.P.S. **ARL:** Sin información **AFP:** PORVENIR



**EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO

**Orden No.:** 00131595 **Fecha apertura:** 20260406 14:18:11
**Fecha cierre:** 20260406 14:40:05
**Realizado en:** Girardot - Cundinamarca

**Cargo u Oficio:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

**Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.**

## EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR (enfasis)

**RECOMENDACIONES LABORALES**

Pausas activas de acuerdo al programa de la empresa..
Uso de Elementos de proteccion Personal segun cargo.

**MANEJO POR EPS**

Valoración Nutricionista.

**HABITOS Y ESTILOS DE VIDA**

Dieta y Ejercio.
Estilos de vida saludable.

## RESTRICCIONES LABORALES

**CONCEPTO DE APTITUD:** Sin Restricciones

Yenny Carolina Leal Salas.

**Firma del medico especialista en Salud Ocupacional**
**Nombre:** MARIA CRISTINA ESCOBAR CORREDOR
**Identificación:** CC 51823512
**Especialidad:** MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
**Licencia S.O.:** 25-0198 de 2024 **Registro No.:** 11 3659-1988

**Firma del Paciente**
**Tipo y No. Id:** CC 39578024

En su condición de administradora del
**FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**
NIT. 800.170.043-7
Cra 13 Nro. 26 A - 65

**CERTIFICA QUE:**

**YENNY CAROLINA LEAL SALAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39,578,024**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 06 de Abril de 2026.

Gerencia de Clientes

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia del Mercado apoSSo / FR-v1.0

Filial de Grupo AVAL

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

El (La) Señor(a) **YENNY CAROLINA LEAL SALAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **39.578.024**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de abril de 2022.

La presente certificación se expide el 06 de abril de 2026.

Cordialmente,

Gerente 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.*

AVAL

Bogota, Abril 6 de 2026

Señora:
LEAL SALAS YENNY CAROLINA
CC. 39578024
CR 9 9 26 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 18 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LEAL SALAS YENNY CAROLINA | 39578024 | C | Jun-18-2025 | 18 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| FUNDACION SOCIAL SANTA MARIA | 39578024 | Dependiente | VIGENTE |
| MEDICALL TALENTO HUMANO SAS | 39578024 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

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 línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Angellica Maria Leon Roa - Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

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

# Certificación Bancaria

Lunes, 6 de abril de 2026

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **YENNY CAROLINA LEAL SALAS** identificado(a) con CC. **39578024** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorro | 659-710828-31 | 2011/06/24 | Activa |

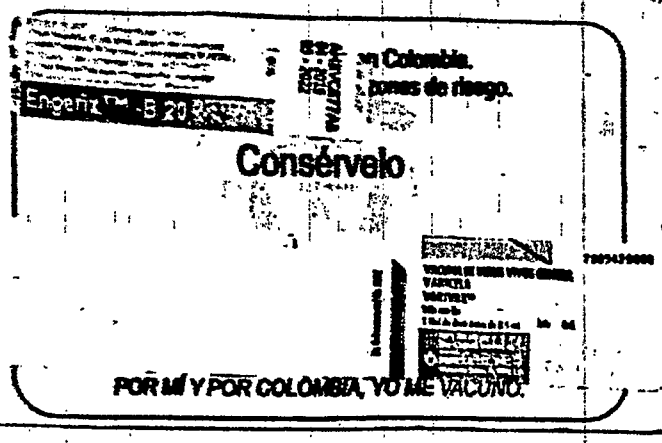
*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento de Crédito Bancario
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Vol




MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yenny Carolina

Apellidos: Leal Salas

Documento de Identidad: c.c. [X] ti. [ ] Pasaporte [ ] No. 39578024

Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 03 Año 1980

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 15-10-20 | Sanofi 0S609 | |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Tetánico Tetánicos Diftéricos (TD) | 1 | 25-3-15 | 0291302B | |
| | 2 | 12-8-2020 | 2245 | |
| | 3 | 23-01-21 | 2138 | |
| | 4 | Enero- | 2027 | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 26/01/2021 | AHBVCE2326 | Gina Tatiana Sanchez Vacunación |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rabica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | | | |
| Otros | HEPA > | 05-01-21 | 0352352 | |
| | VPH VPH > | 05-01-21 | 1002606 Merck | |

Scanned with CamScanner