**E.S.E. Hospital San Rafael de Andes**

**PROPUESTA DE TRABAJO**

**Cargo: Enfermera Promoción y Mantenimiento de la Salud**

**Presentación:**

Yo, Daniela Gómez Agudelo, propongo mi vinculación a la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes en calidad de Enfermera PYM (Promoción y Mantenimiento de la Salud), con el propósito de contribuir al fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral de los usuarios.

Desde mi rol como profesional de enfermería, me comprometo a desarrollar las actividades asistenciales, educativas y administrativas propias del cargo, de acuerdo con los lineamientos institucionales, las rutas de atención integral y la normatividad vigente, brindando una atención humanizada, segura, oportuna y de calidad.

Asimismo, me comprometo a participar activamente en las estrategias establecidas por la institución para el cumplimiento de las metas e indicadores de los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de la población atendida.

**Objetivo:**

Mi objetivo es brindar atención integral de enfermería a los usuarios, mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de riesgos y seguimiento, de acuerdo con el ciclo de vida y las necesidades individuales y familiares de la población.

De igual manera, busco contribuir al cumplimiento de las metas institucionales mediante una adecuada ejecución de las actividades asistenciales, el seguimiento oportuno de los usuarios, la educación en salud, la demanda inducida y el registro completo y oportuno de la información correspondiente a cada atención realizada.

**Servicios a Prestar:**

• Realización de consultas de enfermería en el marco de las actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

• Contribuir al cumplimiento de las metas e indicadores establecidos para los programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

• Realizar de manera oportuna las actividades de demanda inducida, seguimiento y captación de usuarios que sean asignadas.

• Garantizar el adecuado registro de las actividades y atenciones realizadas en los sistemas de información institucionales.

• Realizar seguimiento oportuno a los usuarios que presenten factores de riesgo o requieran continuidad en su proceso de atención.

• Mantener una comunicación adecuada y oportuna con el equipo interdisciplinario, favoreciendo el trabajo en equipo y la continuidad de la atención.

• Cumplir con la entrega oportuna de informes y demás soportes requeridos por la institución.

**Compromiso Adicional:**

Como parte de mi compromiso con la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes, me comprometo a realizar un registro completo y oportuno de cada una de las actividades y atenciones de enfermería realizadas, procurando que la información quede debidamente documentada en los sistemas institucionales establecidos.

De igual manera, me comprometo a realizar seguimiento a los usuarios que sean identificados con factores de riesgo o con necesidades de atención, promoviendo su vinculación y continuidad dentro de las rutas de atención correspondientes.

Mi propósito será contribuir, desde el ejercicio profesional de enfermería, al cumplimiento de los objetivos institucionales y al fortalecimiento de la atención integral de la población del municipio de Andes, manteniendo siempre como principios fundamentales la calidad, humanización, oportunidad, seguridad y compromiso con el usuario.

Atentamente,

Daniela Gómez Agudelo D. GOMEZA.

Enfermera 1152201492

E.S.E. Hospital San Rafael de Andes

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.152.201.492



Apellidos
GOMEZ AGUDELO

Nombres
DANIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.53

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 MAYO 1993

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
15 JUL 2011, MEDELLIN

Firma

V. GÓMEZ A.

Fecha de expiración
20 FEB 2035



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de octubre de 2026, a las 08:53:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1152201492 |
| Código de Verificación | 1152201492261001085340 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304068316

PIB
10:43:52


Bogotá DC, 01 de octubre 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) DANIELA GOMEZ AGUDELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1152201492:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:29:00 AM horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1152201492**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ AGUDELO DANIELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

# 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 09:31:50 horas del 01/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1152201490,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES**, con NIT **890980814-1** 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

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, 01/10/2026 09:25:58 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1152201492** y Nombre: **DANIELA GOMEZ AGUDELO.**

## 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. **148757043** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

# 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 1152201492 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 01/10/2026 09:35 AM

Código Verificación: **L2MYPC38GK**

Válida hasta: **01/01/2027**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141232695867

(415)7707212489984(8020) 000014123269586 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 5 2 2 0 1 4 9 2 | 6 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | AGUDELO | DANIELA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 42 27 63 AP 502

42. Correo electrónico danis.gomeza@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 5 0 0 2 0 | 3 0 4 6 0 1 5 9 6 9 | |

## 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 9 | 2 0 2 6 0 2 0 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

54. Código

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios:

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

**Dra. Gladys Patricia Carvajal A.**
**Medicina Especializada En Salud Ocupacional**
Universidad De Antioquia- Unillanos
Tarjeta profesional:32789/1 Licencia En Medicina Del Trabajo R.49785-30/05/2019 SST
Antioquia

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-01-28 14:34:29

## DATOS DEL TRABAJADOR



NOMBRE: DANIELA GOMEZ AGUDELO ID: CC 1152201492 SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 1993-05-15 MEDELLIN (ANTIOQUIA) EDAD: 32
DIRECCION: BARRIO LA MILAGROSA MEDELLIN (ANTIOQUIA) TELEFONO: 3046015969
ESCOLARIDAD: PREGRADO ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
EMPRESA: INDEPENDIENTE ANTIGÜEDAD: 0
CARGO: ENFERMERA JEFE

## TIPO DE EXAMEN

- [x] PRE-OCUPACIONAL:
- [ ] POR CAMBIO DE OCUPACIÓN LABORAL
- [ ] ESPIROMETRÍA
- [x] EXAMEN CLINICO OSTEOMUSCULAR
- [ ] REMISION A EPS
- [ ] PERIODICO
- [ ] REMISION A ARL
- [ ] POST-INCAPACIDAD
- [ ] ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] EGRESO
- [ ] AUDIOMETRIA
- [ ] REUBICACION LABORAL
- [ ] VISIOMETRIA
- [ ] TRIGLICERIDOS
- [ ] CUADRO HEMATICO
- [ ] GLICEMIA
- [ ] HB
- [ ] PERFIL LIPÍDICO

OTRO: [ ]
CUAL:
LABORATORIO:

## CONCEPTO MEDICO

- [x] APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO:
- [ ] APTO CON PATOLOGÍA QUE NO INTERFIERE EN LA LABOR :
- [ ] APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO
- [ ] APLAZADO
- [ ] EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO:
- [ ] NO HAY SOSPECHA DE ENFERMEDAD LABORAL
- [ ] PRESENTA PATOLOGÍA CALIFICADA COMO ENFERMEDAD LABORAL (CON SOPORTE EGRESO):

## REQUISITOS DE SALUD

- [ ] CUMPLE PARA MANIPULAR ALIMENTOS
- [ ] CUMPLE PARA TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] CUMPLE PARA CONDUCIR
- [ ] OTROS:

CUAL?:

## TIPO DE RESTRICCIONES (CUALES Y TEMPORALIDAD):

NINGUNA

## RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES:

- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [x] CONTROL DE PESO Y NUTRICION
- [x] USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR
- [ ] COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [x] INICIAR O CONTINUAR ACTIVIDAD FÍSICA

OTRAS::

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES:

- [ ] CALIFICACIÓN DE ORIGEN
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [x] PAUTAS ERGONOMICAS
- [ ] SEGUIMIENTO POR ARL
- [ ] USO DE CORRECCIÓN VISUAL
- [x] USO EPP

☑ RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE CARGA ☑ INGRESO P.V.E

**OTRAS::** AUTOCUIDADO .

**OBSERVACIONES:**

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICE DE MASA CORPORAL Y MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO.







MD. DRA. GLADYS PATRICIA CARVAJAL ALMARIO
MEDICINA LABORAL Y DEL TRABAJO
R.M. 25422/02

DANIELA GOMEZ AGUDELO
CC 1152201492

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **DANIELA GOMEZ AGUDELO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1152201492** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1152201492 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | DANIELA GOMEZ AGUDELO |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/06/2018 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **02/10/2026**

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

# Protección

Una empresa sura

## Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

## NIT 800.229.739

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **GOMEZ AGUDELO DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1.152.201.492** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de diciembre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de octubre de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

Colmena Seguros

# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302479936

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

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

## I. TRÁMITE

| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|
| AFILIACION | ARL NO DEPINIDA | 15/09/2026 11:32:30 |

## II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

| TIPO DE DOCUMENTO | No | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
|---|---|---|---|---|
| Nit | 890980814 | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL | AV MEDELLIN 48 20 | 1195838 |

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

| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
|---|---|---|---|
| 2 | Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022) | 3861001 | 3 |

| DIRECCIÓN | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|
| AVENIDA MEDELLÍN # 48 - 20 | ANDES | Antioquia |

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

| TIPO DE IDENTIDAD | NÚMERO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| CC | 1152201492 | GOMEZ | AGUDELO |

| NOMBRE(S) | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN RESIDENCIA |
|---|---|---|
| DANIELA | 15/5/1993 | CRA 54 |

| CIUDAD DE RESIDENCIA | TELÉFONO RESIDENCIA | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| ANDES | 8545454 | 3137880264 | danis.gomez@gmail.com | F |

| LOCALIDAD/COMUNA | ZONA |
|---|---|
| MEDELLIN | Urbana |

| EPS | CÓDIGO | AFP | CÓDIGO |
|---|---|---|---|
| EPS Sura | 9 | Proteccion | 14 |

| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN | FECHA INICIO COBERTURA | VALOR DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| Mes Anticipado | 16/9/2026 | 8750000 |

| TIPO DE CONTRATO | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE |
|---|---|---|---|
| ADMINISTRATIVO | 16/9/2026 | 30/12/2026 | NO |

| DEDUCCIONES | INGRESO MENSUAL | IBC | |
|---|---|---|---|

El presente documento fue expedido desde el portal de internet de Colmena Seguros, el día 15/09/2026 11:32:30. Las operaciones realizadas a través de la página de internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302479936

| | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 2500000 | 1750905 | |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD | JORNADA |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO | Presencial | JORNADA UNICA |

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

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 15/09/2026 11:32:30. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302479936

| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Lunes | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Martes | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Jueves | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Viernes | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |

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

| NOMBRE DE LA ARL | CODIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |
| ARL NO DEFINIDA | 0 | | | |

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

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

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 15/09/2026 11:32:30. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

# CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

**Colmena Seguros** se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | GOMEZ AGUDELO DANIELA |
| **IDENTIFICACIÓN:** | CC 1152201492 |
| **INICIO VIGENCIA:** | 16/09/2026 |
| **FECHA INICIO CONTRATO:** | 16-09-2026 |
| **FECHA FIN CONTRATO:** | 30-12-2026 |
| **TIPO DE TRABAJADOR:** | Independiente |
| **SEDE:** | HOSPITAL |
| **CLASE:** | 3 |
| **TASA:** | 2,436 |
| **CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:** | 3861001 |
| **DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:** | Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022) |

**DATOS CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL |
| **CC /NIT:** | NI 890980814 |
| **CONTRATO:** | 1195838 |
| **ESTADO ACTUAL CONTRATO:** | VIGENTE |
| **CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:** | 3861001 |
| **DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:** | Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022) |

La presente se expide a los 01 días del mes de octubre del año 2026.

**Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.**

Cordialmente,

Gerente de Servicio

**Colmena Seguros**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/10/2026 10:35:00. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Gomez | Agudelo | Daniela |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1152201492 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 15 MES 05 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 42 27 63 Torre laura

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

TELÉFONO 3046015969 EMAIL danis.gomeza@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | ENFERMERIA | 05 | 2025 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN RAFAEL -ANDES | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ANDES | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>8414343 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 02 | *Año* | 2026 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1958 1 2010 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA null 48 20 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>AYUDAS DIAGNOSTICAS SURA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>MEDELLÍN | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 12 | *Año* | 2018 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR LABORARTORIO | *DEPENDENCIA*<br>ACTIVIDADES DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 48 26A 50 Carrera48#26a-50 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | | Mes: | | Año: | | Día: | | Mes: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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* ANOEO 01/10/2026

D. GOMEZA 1152201492.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Universidad Pontificia Bolivariana

Personería Jurídica según Resolución Ejecutiva No. 48 del 22 de febrero de 1937 Ministerio de Gobierno

**ACTA DE GRADO No. 10-2025**
**Del 25 de Julio de 2025**

La Universidad Pontificia Bolivariana, Sede Central Medellín, en ceremonia de grado y previo juramento de rigor, confirió el título de:

# Enfermera

A

# DANIELA GOMEZ AGUDELO

Cédula de ciudadanía No. 1152201492

Quien culminó y aprobó el plan de estudios y demás requisitos establecidos por la Universidad y para el programa académico: ENFERMERÍA, Código SNIES No. 3489 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

| | |
|---|---|
| El Rector: | Padre Diego Marulanda Díaz |
| El Secretario (a) General: | Luis Fernando Giraldo Chavarriaga |
| El Decano(a): | Marco Antonio González Agudelo |

Título registrado con el No. 000402202-1

Medellín, el 25 de Julio de 2025.

Secretario (a) General

Xertify Código: AF04C4B8A003 Verificar

AF04C4B8A003

# universidad Pontificia Bolivariana

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN EJECUTIVA NO. 48 DEL 22 DE FEBRERO DE 1937 MINISTERIO DE GOBIERNO

teniendo en cuenta que

## DANIELA GOMEZ AGUDELO

Cédula de ciudadanía No. 1152201492

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales reglamentarias vigentes, le confiere el título de

# Enfermera

En testimonio de ello le expide el presente diploma
en Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia

el día 25 del mes de Julio del año 2025

El Rector

El Decano(a)

El Secretario(a) General

Diploma registrado con el No. 000402202-1 en la ciudad de Medellín.
el día 25 de Julio de 2025

Xertify Código: AF04C4B8A002 Verificar

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM®

S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ CORPORACION CORSALEM SAS DIRECTORA RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION NIT 901 513 213-2 RES 20658 SST

CORSALEM

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.152.201.492**

**Asistió al Curso de:**

**TRIAGE CLASIFICACIÓN HOSPITALARIA (TCH)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLIN A LOS 3 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2026.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**
**GERENTE GENERAL**

**Dancy Sidney Monje Perez**
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVSS.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9880.

# IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.152.201.492**

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas.**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE MEDELLIN A LOS 5 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2026.**

**Carlos Andrés Losada Meñaca**
**GERENTE GENERAL**

**Dancy Sidney Monje Perez**
**REPRESENTANTE LEGAL**

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVSS.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

QR Verificación

## MANEJO DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS (CÓDIGO ROJO)

**EXPEDIDO EL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MEN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 SST

CORSALEM

# CENSA
## CENTRO DE SISTEMAS DE ANTIOQUIA

Licencia de funcionamiento según Resolución Nº 08170 del 11 de septiembre de 2009, emitida por la Secretaría de Educación de Medellín.

Hace constar que

# DANIELA GÓMEZ AGUDELO

Identificado (a) con C.C o T.I. No. **1152201492**

Realizó y aprobó el curso:

# VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Con una duración de **24** horas.

La presente constancia se emite en Medellín, a los 30 días del mes de junio de 2026

Vigencia por 2 años después de su expedición

Director (a) Académico (a)

Secretaria Académica

3b0dd922-7c8f-47c4-810a-d73a6140bfa8

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## VACUNACIÓN E INMUNOBIOLÓGICOS

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 27 DE AGOSTO DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2015 MEN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 SST

CORSALEM

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM®
S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA INTEGRAL (IAMII)

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 27 DE AGOSTO DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, TÍtulo 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 SST

CORSALEM

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## GESTIÓN Y MANEJO DEL DUELO

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 25 DE AGOSTO DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION
NIT 901 513 213-2
RES 20658 SST

CORSALEM

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADOS AL PACIENTE DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 28 DE AGOSTO DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 48 (CUARENTA Y OCHO) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION
NIT 901.513.213-2
RES 20658 SST

CORSALEM

Universidad Pontificia Bolivariana

Vigilada Mineducación

Certifica que:

# Daniela Goméz Agudelo

**1152201492**

Concluyó satisfactoriamente el curso

## Estrategia AIEPI
## (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)

Realizado en Medellín, del 23 de enero al 19 de marzo de 2023
con una intensidad horaria de 90 horas

512205295804

Juan Carlos de La Cruz Pérez Pérez
Director de Extensión Multicampus
Universidad Pontificia Bolivariana

Marco Antonio González Agudelo
Decano Escuela Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia Bolivariana

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 25 DE AGOSTO DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 SST

CORSALEM

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM® S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

CORSALEM S.A.S
EMPRENDIENDO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
WWW.CORSALEM.COM

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 03 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ CORPORACION CORSALEM SAS DIRECTORA RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION NIT 901 513 213 - 2 RES 20658 SST

CORSALEM

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM®

S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÌN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MIN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 EST

DEC 1075 2015
RESOLUCIÓN 20658
Ministerio de Educación Nacional
www.corsalem.com

CERTI HEALTH COLOMBIA
www.certihealthcolombia.com

# CORSALEM®

S.A.S

NIT 901.513.213-2

**LA CORPORACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA SALUD Y EL EMPRENDIMIENTO**

**HACE CONSTAR QUE:**

## DANIELA GÓMEZ AGUDELO

**C.C. 1.152.201.492**

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:**

## INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTES SUBDÉRMICOS

QR Verificación

**EXPEDIDO EL 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2026 EN LA CIUDAD DE MEDELLÌN (ANTIOQUIA)**

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS**

**VIGENTE POR 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

Decreto 1075 de 2015 Parte 6, TÍtulo 6 ArtÍculo 2.6.6.8. Educación Informal Ministerio de Educación Nacional.
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la RESOLUCIÓN No. 20658 emitida por la subdirección de inspección vigilancia y control de servicios de salud Bogotá D.C

INGRID JOHANNA BERMUDEZ GUZMAN
CORPORACION CORSALEM SAS
DIRECTORA
RES 1075 2005

Ingrid Johanna Bermudez Guzman
DIRECTORA

Juan Pablo Garcia Cortés
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

CORPORACION CORSALEM SAS
DECRETO 1075 2005 MEN EDUCACION
NIT 901 513 213 - 2
RES 20658 SST

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

## ENFERMERA



**DANIELA GOMEZ AGUDELO**

**C.C. 1.152.201.492**

**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Medellin**

**Fecha de Expedición del Diploma: 25/07/2025**

**Fecha de Inscripción en Rethus: 23/10/2025**

69852

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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) DANIELA GOMEZ AGUDELO identificado(a) con CC 1152201492 registra La siguiente información:

2026-01-27—5:19:12 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2017-09-19 | 5621017 | GOBERNACION DE ANTIOQUIA |
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2025-10-23 | 1152201492 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermería | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

La nformación dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en alud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que e encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según a profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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 | 2026-09-04 11:52 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| DANIELA | | GÓMEZ | AGUDELO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1152201492 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLÍN |

| | |
|---|---|
| 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 SAN RAFAEL -ANDES |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | ANDES |
| Dirección | ["Avenida Medellín No. 48-20"] | | | | |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA | | | | |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $14.400.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $200.000,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $14.600.000,00 |

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

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6850aa34-1d0c-46fd-918e-0699d504fb36

Nombres y apellidos / Full name: DANIELA GOMEZ AGUDELO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 5 2 2 0 1 4 9 2

Fecha de nacimiento / Date of birth: 15/05/1993

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3046015969

Correo electrónico / e-mail: danis.gomeza@gmail.com

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Única | 06 | 05 | 2019 | | P3A111V | MEDELLIN SURA Industriales IPS | WENDY JULIANA SEPULVEDA RODRIG |
| TD Adulto | Quinta | 11 | 06 | 2019 | | 221501517B | MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignacio | DEICY YORDALY ZULETA ALZATE |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 11 | 06 | 2019 | | UJ150AC | MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignacio | DEICY YORDALY ZULETA ALZATE |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 06 | 07 | 2020 | | V50220012 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MARIA CRISTINA PEREZ SANCHEZ |
| Hepatitis A Adultos Particular | Primera | 02 | 09 | 2020 | | R3E986V | MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignacio | DEICY YORDALY ZULETA ALZATE |
| DPTa Acelular Adulto Particular | Única | 05 | 11 | 2020 | | C5489AF | MEDELLIN CIS COMFAMA San Ignacio | JOANA MARCELA PALACIO ARIAS |
| COVID PFIZER | Primera | 06 | 03 | 2021 | | EN1195 | MEDELLIN SURA Almacentro IPS | VERENA MARGARITA MONSALVE |
| COVID PFIZER | Segunda | 05 | 11 | 2021 | PFIZER | FH8021 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MARIANA BLANDON OSORIO |
| COVID PFIZER | Primer Refuerzo | 28 | 04 | 2022 | PFIZER | ACC5853 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MARIANA BLANDON OSORIO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 13 | 12 | 2022 | | V3C131V | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MIDGRED ELIANA ARROYAVE CORTES |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 04 | 09 | 2023 | BUTANTAN | 230049 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MIDGRED ELIANA ARROYAVE CORTES |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 03 | 12 | 2024 | Green Cross | V50524004 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | CLAUDIA PATRICIA MONTOYA OBANDO |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 28 | 08 | 2025 | | k17 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | MIDGRED ELIANA ARROYAVE CORTES - CC43621649 - ACTIVO |
| VPH Nonavalente Particular | Primera | 20 | 12 | 2025 | | Y002201 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | GLADYS CRISTINA ZAPATA CALLEJAS |

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

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

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

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

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

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

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

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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6850aa34-1d0c-46fd-918e-0699d504fb36

Nombres y apellidos / Full name: DANIELA GOMEZ AGUDELO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 5 2 2 0 1 4 9 2

Fecha de nacimiento / Date of birth: 15/05/1993

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3046015969

Correo electrónico / e-mail: danis.gomeza@gmail.com

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| VPH Nonavalente Particular | Segunda | 21 | 01 | 2026 | | Y008813 | MEDELLIN SURA Industriales IPS | LEIDY VIVIANA RUGELES AMADO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

# **Certificación**
# Bancaria

Jueves, 01 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIELA GOMEZ AGUDELO identificado(a) con CC 1152201492, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 31671174987 | 2017-01-23 | Activo | ***** |

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

**Catalina Cortés Uribe.**
**Gerente Servicios Contact Center & BPO.**

**Bancolombia**

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
| 06 / 02 / 2026 | 03 / 02 / 2026 | 03 / 02 / 2027 | 03 / 02 / 2026 | 03 / 02 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA | 72960 | 100.00 |

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

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| GASTOS DE DEFENSA | | $ 0.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 40,000,000.00 |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

| | | | |
|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 200,000,000.00 | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 200,000,000.00 | |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******200,000,000.00 | PRIMA: | $ **********130,665.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********24,826.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********155,491.00 |

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

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

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

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11021103790291(3900)000000155491(96)20270203

REFERENCIA PAGO: 1102110379029-1

62-03-101077324

FIRMA AUTORIZADA

JULIANANITOLA

CLIENTE

O. GOMEZA
1152 201492

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

TOMADOR/ASEGURADO:DANIELA GOMEZ AGUDELO

No. DE IDENTIFICACION:1152201492

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:DESDE LAS 24 HORAS DEL 03/02/2026 HASTA LAS 24 HORAS DEL 03/02/2027

UBICACION CONSULTORIO:NO

SINIESTRALIDAD:NO

BASE DE
COBERTURA: OCURRENCIA - Siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

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

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

LIMITE ASEGURADO:$ 200.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluira todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA:ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL: SEGURESTADO 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 informado 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 pliza.

Cuando 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.

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

1.2GASTOS DE DEFENSA:

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado 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 amparada 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 deducible 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 por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso. Para todos los procesos judiciales y administrativos, si el asegurado es condenado por razon de una conducta dolosa, debera restituir a SEGURESTADO los costos y gastos de defensa que se hubieren reconocido.

2.EXTENSIONES COBERTURA BASICA
Con sujecion a los terminos y condiciones de este seguro, la cobertura basica se extiende a cubrir los perjuicios ocasionados a pacientes del ASEGURADO y/o terceros, a consecuencia de:

2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este.

No obstante, lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
Se ampara la responsabilidad civil profesional en la que incurra el asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutico, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y siempre que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS; 100% del limite asegurado por evento y vigencia
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: 100% del limite asegurado por evento y vigencia
GASTOS DE DEFENSA: EVENTO: $15.000.000
VIGENCIA: $40.000.000

DEDUCIBLES:10% de la perdida - minimo 1SMMLV

PRIMA VIGENCIA
(IVA INCLUIDO):$ 155.491

EXCLUSIONES:

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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

4.Perjuicios causados por la prestacion de servicios de salud por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcoholicas, intoxicantes, alucinogenas o narcoticas.

6.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

7.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos y no quirurgicos de tipo estetico y/o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

19.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20.Violacion del secreto profesional.

21.Perdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electronico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardo o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34.Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

35.Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

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

I-Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasion, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones belicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelion, revolucion, insurreccion, o conmocion civil alcanzando la proporcion de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37.Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

38.Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I-La accion de energia atomica.

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

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

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

40.Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

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

42.El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43.Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44.La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subito e imprevisto.

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

46.Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

47.El incumplimiento de obligaciones contractuales, asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48.Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49.Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico quirurgico o realizacion del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

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

51.Reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52.Cuando el asegurado no mantenga la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53.El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a traves de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55.Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56.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 en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.
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 tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.
64.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: El seguro provisto por este acuerdo no se aplica a perdidas o gastos que surjan o contribuyan a uno o mas de los siguientes casos:
1. Perdida, alteracion o daño a, corrupcion o reduccion de la funcionalidad, disponibilidad u operacion de cualquier computadora, sistema informatico, sitio web o cualquier otro sistema electronico de datos, hardware, proceso, programa, software, datos, deposito de informacion, microchip, circuito integrado o dispositivo similar en equipos informaticos o no informaticos, ya sea propiedad del asegurado en la poliza del reasegurado o no;
2. Cualquier acceso o divulgacion de informacion confidencial, personal, de propiedad u otra informacion no publica de cualquier persona u organizacion en cualquier forma registrable, incluidos, entre otros, los gastos asociados con la notificacion, reparacion, mitigacion o prevencion de una violacion de seguridad; o,
3. Amenazas de extorsion, fraude y robo que involucren cualquier computadora, sistema informatico, software, proceso o programa informatico, sitio web o cualquier otro sistema de datos electronicos o cualquier informacion confidencial, personal, privada u otra informacion no publica.
65. Exclusion de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: SEGURESTADO no sera responsable de realizar ningun pago por Perdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:
1.el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a.un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b.la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
2.el incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestion de crisis que aborde los pasos mencionados en (i) arriba; o
3.El Asegurado real o presunta:
a.Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;
b.declaraciones falsas y engañosas en relacion con; o
c.Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.
Para propositos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:
1) Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2) Neumonia atipica o cualquier cepa de esta;
65. Acuerdos extrajudiciales o judiciales a los que llegue el Asegurado, sin la autorizacion previa de SEGURESTADO.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

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 efectue.
No se otorga restablecimiento del valor asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

## CONVENIO SCARE OCURRENCIA

| SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|
| AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93 | EMISION ORIGINAL | 62-03-101077324 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| ASEGURADO | DANIELA GOMEZ AGUDELO | | | CC | 1.152.201.492 |
| DIRECCION | CLE 42 # 27-63 APT 502 | CIUDAD | MEDELLIN, ANTIOQUIA | TELEFONO | 3046015969 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorroga.
Terminos y Condiciones sujeto a confirmacion escrita por el Asegurado que no tienen conocimiento de reclamo alguno en los ultimos tres años, de reclamos pendientes, de cualquier actividad incluyendo peticion y/o secuestro de Historias Clinicas o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro.

E.S.E. H.S.R.
HOSPITAL DE ANDES

Andes- Antioquia

Fecha: 01/10/2026

Señores
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL
Andes, Antioquia.

Asunto. Declaración Juramentada Inhabilidades, Incompatibilidades o Conflicto de Intereses.

Por medio del presente documento, Daniela Gómez Agudelo identificado (a) con la C.C. No. 1152201492, actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad establecidas en la Constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, ni en las demás normas que regulan la materia.

De igual forma, declaro conocer que pueden configurarse inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de interés en cualquier etapa del proceso contractual, por lo cual asumo de manera exclusiva la responsabilidad de su verificación permanente y de su reporte inmediato a la E.S.E. Hospital San Rafael de Andes. Por ende, el desconocimiento de dichas situaciones no me exime de responsabilidad ni será oponible a la entidad, ni limitará la aplicación de las consecuencias legales a que haya lugar.

En consecuencia, me obligo a informar de forma inmediata y por escrito a la entidad contratante cualquier circunstancia que configure o pueda configurar un impedimento, inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, desde la etapa precontractual y durante toda la ejecución del contrato.

Cordialmente,

Firma:

D. GÓMEZ A
1152201492

D. GÓMEZ A
1152201492

Nombre: Daniela Gómez Agudelo
C.C: 1152201492