	CERTIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA DE PERSONAL		
	GESTION DOCUMENTAL JURIDICA		Página 1 de 2
	Fecha Elaborado 29/06/2026	Funcionario elaboró GERALDINE HOYOS R	Reviso y aprobó LUIS ALFREDO TERAN RAMIREZ Técnico Administrativo

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, IDENTIFICADA CON EL NIT: 824000425 – 6 POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICA:

Que una vez revisado la planta de personal de la **E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL** se constató que la misma, NO existe cargo con el perfil de Enfermera Jefe como apoyo a la ejecución del programa en atención primaria en salud - aps y la operación de los equipos básicos y demas servicios de salud de la E.S.E., para desarrollar el siguiente objeto contractual: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)

La presente certificación es suscrita en el Municipio de Becerril – Cesar a los Veintinueve (29) días del mes de Junio de 2026.

Atentamente,

LUIS ALFREDO TERAN RAMIREZ
Técnico Administrativo

Becerril Cesar

	ESTUDIOS PREVIOS		
	GESTION DOCUMENTAL JURIDICA		Página **1** de **2**
	Fecha que se elaboró 29/06/2026	Funcionario que lo realizo GERALDINE HOYOS ROBLES	Reviso y aprobó Sandra Cecilia Arzuaga Vega Gerente

Capítulo I: Descripción general		
2. Fecha de elaboración del estudio previo:	29 DE JUNIO DE 2026	
3. Nombre del funcionario que diligencia el estudio previo:	GERALDINE HOYOS ROBLES	
4. Dependencia solicitante:	GERENTE ESE	
5. Tipo de Contrato:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**	

Capítulo II: Descripción técnica (Artículo 2.1.1°. Decreto 0734 de 2012)	
2.1. Descripción de la necesidad	A través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (1) se regula la salud como un Derecho Fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y se establece como obligación del estado la formulación y adopción de políticas de salud dirigidas a "garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema". Según lo establecido en la citada Ley, la garantía del Derecho a la Salud comprende "el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud"; sin embargo, persisten en el país graves restricciones para el acceso a los servicios de salud (2) que se materializan en bajas coberturas de indicadores de protección específica y detección temprana (3), hospitalizaciones que pueden prevenirse con una atención oportuna y de calidad en el nivel primario, atención de enfermedades que tienen gastos muy altos derivados de tratamientos y medicamentos a pesar de que pueden prevenirse con el control de factores de riesgo (4) y mortalidad evitable. Para garantizar el derecho fundamental a la salud en el país se hace necesario concentrar esfuerzos y recursos humanos y financieros que permitan hacer efectiva la Atención Primaria en Salud- APS en los territorios. La APS es entendida como una estrategia intersectorial, centrada en las personas, familias y comunidades y orientada a los mayores estándares en materia del derecho humano a la salud, con atributos de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación (5) y acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y participativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el modelo de atención en salud organiza los componentes del sistema de servicios de salud, con el fin de contribuir a su función colectiva cumpliendo el derecho a la salud, basado en territorio y población. Desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud - APS esta interacción se realiza a través de redes de atención integradas e generación de la salud. Asumir la estrategia de APS en el país de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de su implementación tales como: primer contacto a través de equipos básicos de salud; abordaje familiar y comunitario; atención integral, integrada y continua; énfasis en la promoción y prevención; participación social incidente y decisoria; enfoque territorial, interculturalidad e intersectorialidad para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. En el marco de esta estrategia se posiciona la necesidad de fortalecer el nivel primario para proveer servicios de salud integrados y accesibles, con personal de salud que se hace responsable de identificar y gestionar las situaciones en salud de las personas, familias y comunidades y con participación comunitaria, promoviendo el cuidado de la salud

	en el contexto de la familia y la comunidad, siendo además el enlace entre las y los ciudadanos y el sistema de salud. El presente documento orienta la gestión territorial en Atención Primaria en Salud con Equipos Básicos de Salud que se constituyen en el marco de la operación del nivel primario de atención en puerta de entrada y primer contacto de las personas, familias y comunidades con el sistema de salud, buscando establecer condiciones para la materialización del goce efectivo del derecho a la salud, la afectación positiva de determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades en salud en los territorios. Objetivo General Orientar el fortalecimiento de la gestión territorial basada en atención primaria en salud- APS y la operación de los Equipos Básicos de Salud en el marco de la implementación del modelo de salud preventivo y predictivo para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en los Departamentos, Distritos y Municipios del País. Por lo anterior, y debido a que la ESE debe darle estricta aplicación a la legislación colombiana, se requiere la contratación de una persona idónea que cuente con los estudios y conocimientos necesarios para la Prestación de servicios de una jefe de enfermería como apoyo a la ejecución del programa en atención primaria en salud - aps y la operación de los equipos básicos y demás servicios de salud de la E.S.E Hospital San José de Becerril Cesar.

II - Especificaciones del objeto a contratar:	
2.2. Objeto del contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)
III - GENERALIDADES DEL CONTRATO	
3.1. Lugar de ejecución del contrato:	El lugar establecido para ejecución del objeto del futuro contrato es el municipio de Becerril – Cesar.
3.2. Plazo de ejecución del contrato:	Para el desarrollo de las actividades que constituyen el núcleo esencial del objeto contractual, la ESE ha estimado que las mismas deberán ser ejecutadas dentro de UN (1) MES, contados a partir de la firma del acta de inicio, previo perfeccionamiento del contrato.

3.3. Obligaciones del contratista:	**El CONTRATISTA Obligaciones generales** se obliga para con La ESE lo siguiente: **1)** Cumplir el objeto del contrato de conformidad con las obligaciones específicas descritas. **2)** Cumplir con lo pactado en el contrato con suma diligencia y cuidado, ofreciendo las mejores condiciones de calidad, ejecutándolo oportuna e idóneamente, con lealtad y buena fe, evitando dilaciones**. 3)** Radicar las cuentas de cobro con los anexos requeridos para su pago**. 4)** Cumplir con los requisitos para el perfeccionamiento y la ejecución del contrato. **5)** Presentar prueba de afiliación y pago al SGSSS en donde se refleje mínimo la cotización por el valor devengado por el presente contrato de acuerdo con el articulo 1 parágrafo 2 de la Ley 828 DE 2013 Y Ley 1150 artículo 23 y demás normatividad vigente sobre la materia. **Obligaciones específicas**: 1.Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 2.Planeación de la operación mensual por perfil. 3.Definición de microterritorio. 4.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 5.Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. 6.Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio 7.Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. 8.Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 9.Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 10.Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 11.Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 12.Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 13.Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorio abordados por el equipo.
3.4. Obligaciones del contratante:	La **ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL** se obliga para con el contratista a lo siguiente: **1)** Pagar el valor del contrato en la forma, cantidad y oportunidad pactadas. **2)** Brindar la colaboración necesaria para el cumplimiento del objeto contractual. **3)** Expedir constancia del cumplimiento de las funciones encargadas al contratista una vez se termine el plazo de ejecución del contrato.
3.2. Plazo de liquidación del contrato:	Según el inciso 5 del artículo 217 de la ley 0019 de 2012 no será obligatoria la liquidación de los contratos de prestación de servicio profesionales y de apoyo a la gestión.
3.6. Fundamentos Jurídicos de la modalidad de selección:	Que el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991, modificado por el Artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, consagra que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley". Que, de acuerdo con lo establecido en el Preámbulo de la Constitución de la

Organización Mundial de la Salud, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Que el Artículo 1 del Decreto 1876 de 1994, concordante con el Artículo 2.5.9.8.4.1.2 del Decreto 780 de 2016, la naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado se "constituyen en una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos".

La **ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL**, fue creado según ACUERDO N° 001 del 26 de febrero del año 1996 como una Empresa Social del Estado (ESE) sin ánimo de lucro, de primer nivel de atención, que ofrece servicios de salud de Baja Complejidad.

Que según el Artículo 2 del Decreto 1876 de 1994, concordante con el Artículo 2.5.9.8.4.1.2, del Decreto 780 de 2016, el objeto de la entidad como Empresas Sociales del Estado "será la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud", cuyo fin es desarrollar y desplegar actividades propias de su naturaleza y misión, así como las causas y razones que dieron origen a la misma y para ello se requiere de la contratación de bienes y servicios dirigidos a fortalecerla a través de acciones de cumplimiento, planificación, control y aseguramiento del principio de transparencia como política institucional, de manera que sus actos beneficien el interés colectivo.

Que el Artículo 16 del Decreto 1876 de 1994, concordante con el Artículo 2.5.3.8.4.3.2 del Decreto 780 de 2016, establece el régimen jurídico de los contratos, consagrando que, "A partir de la fecha de creación de una Empresa Social del Estado, se aplicará en materia de contratación las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública". Que la Ley 1150 de 2007, a través de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993, en su artículo 13 establece que las entidades estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual distinto al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán, en desarrollo de su actividad contractual y acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, respectivamente, según sea el caso, desarrollados por el Artículo 3 de la Ley 1437 de 2011 y además estarán sometidos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos legalmente para la contratación estatal.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad. En este sentido las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado.

Que, mediante la contratación pública, entre otras formas o instrumentos, las entidades estatales dan cumplimiento a sus proyectos, metas, objetivos y fines, que

	se materializan en la satisfacción de las necesidades que están a su cargo. Con base en lo anterior, la contratación es una actividad estratégica de las entidades públicas, que merece toda la atención por parte de los servidores públicos e instancias competentes, la cual debe adelantarse con arreglo a principios que aseguren su cumplimiento en condiciones de economía y celeridad, para lo cual la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL, adoptó el manual de contratación interno, en el cual quedó establecido que, en atención a la naturaleza del servicio a contratar, este se debe adquirir mediante la figura de la contratación directa. **ARTÍCULO 43. DE LA CONTRATACION DIRECTA.** Es el procedimiento en el cual se celebra directamente el contrato en atención a la cuantía del negocio jurídico a celebrarse y/o en razón a la naturaleza bien o servicio a contratar: (...) 2. En razón a la Naturaleza del Asunto: El Gerente de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL podrá contratar de manera directa en los siguientes asuntos: (..) 6). Para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, entendiendo por gestión las actividades operativas, logísticas y asistenciales, o para la ejecución de trabajos artísticos que sólo puedan encomendarse a determinadas personas naturales.
3.7. Interventoría / Supervisión:	Nombre:	YULI SOTO MARTINEZ
	Dependencia:	COORDINADORA MEDICO

Capítulo IV: Descripción financiera	
Soporte técnico y económico del valor estimado del contrato	
4.1. Presupuesto oficial ($):	**SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** por el termino de duración del contrato y las condiciones en el que será ejecutado éste.
4.2. Forma de pago y requisitos:	Teniendo en cuenta los lineamientos impartidos por Ministerio de Salud y Protección Social o MINSALUD, el valor de los servicios que se pretenden contratar ha sido estimado en la suma de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** por el termino de duración del contrato y las condiciones en el que será ejecutado éste. El valor del contrato será cancelado en un solo pago por valor de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** correspondiente a las actividades debidamente ejecutadas, para acceder a estos pagos, será menester soportar la ejecución de las actividades derivadas del objeto contractual, acompañada de la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y constancias de pago de las obligaciones por conceptos de Salud, Pensión, Riesgos Laborales y Parafiscales, en este último caso si hubiere lugar a ello.

Capítulo V: Criterio y Bases para la Evaluación de Propuestas	
5.1. Quienes pueden participar:	La ESE podrá invitar a presentar propuestas a toda persona natural que acredite idoneidad y experiencia para el desarrollo del objeto contractual.
5.2. criterios para seleccionar el contratista	Para este proceso, los requisitos habilitantes, que se exigirán serán los siguientes: 1. Verificación de Credenciales. 2. Inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus) 3. Experiencia laboral. 4. Empatía y Comunicación. 5. Legalidad y Ética 6. Disponibilidad
5.3. Verificación de la capacidad jurídica para persona jurídicas y/o con establecimiento de comercio:	Si el proponente es persona natural beberá presentar los siguientes Documentos Habilitantes CAPACIDAD JURIDICA para determinar si pasa o no pasa a la verificación de las condiciones de idoneidad y experiencia: ✓ Hoja de vida SIGEP II, debidamente diligenciada y soportada, actualizada hasta la fecha de la invitación. ✓ Declaración de bienes y renta ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía ✓ Registro Único Tributario -RUT que contenga la actividad por la cual se le pretende contratar. ✓ Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación (vigente). ✓ Certificado de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República (vigente). ✓ Certificado de antecedentes policivos, expedido por la policía nacional de Colombia (vigente). ✓ Certificado vigente de antecedentes del sistema nacional de medidas correctivas expedido por la Policía Nacional de Colombia (RNMC) (vigente). ✓ Certificado de registro de deudores de alimentos (REDAM) (vigente). ✓ Certificado de Inhabilidades condenado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, expedido por la policía nacional de Colombia (vigente). ✓ Constancia de afiliación al régimen contributivo o último pago a la seguridad social integral.

5.4. idoneidad:	El proponente deberá acreditar su idoneidad con la presentación del título como Enfermera Jefe expedido por una institución educativa debidamente avalada en Colombia para la formación académica
5.5. experiencia:	El proponente deberá demostrar una experiencia específica para lo cual deberá aportar cualquiera de estos soportes (CONTRATOS, RUT, ACTA DE LIQUIDACIÖN; CONSTANCIAS CONTRACTUALES Y/O EQUIVALENTES) a través de los cuales se evidencie haber celebrado y ejecutado contrato con entidades públicas o privadas, cuyo objeto tengan relación directa con el objeto contractual que se pretende desarrollar.
5.6. Soportes de la estimación, tipificación y asignación de los riesgos	En el presente estudio no se observan riesgos previsibles que afecten la ejecución del contrato, dado que el pago se hace previa prestación del servicio.
5.7. Análisis de exigencias de garantías destinadas a amparar los perjuicios de naturaleza contractual o extracontractual, derivados del cumplimiento del ofrecimiento o del contrato, así como la pertinencia división de las mismas.	En el presente contrato no será necesaria la constitución de garantías por parte del contratista teniendo en cuenta que su forma de pago es posterior al cumplimiento de cada mes de actividades, por lo tanto, no se evidencia exigencia del amparo de eventuales riesgos por parte de la E.S.E. De conformidad a lo establecido en la ley 1150 del 2007 en su artículo 7. De las garantías en la contratación y el Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.4.5 que dispone Excepciones a la estipulación de garantías.
NOMBRE CARGO:	**SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA** Gerente

HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

Becerril - Cesar, Julio 1 de 2026.

Señor.
LUIS ALFREDO TERAN RAMIREZ
Técnico administrativo
E. S. D.

Ref. Solicitud de Disponibilidad Presupuestal.

Cordial saludo:

Por medio de presente escrito, me permito informarle que: una vez estudiado la necesidad y los estudios previos adjuntos; esta Gerencia los considera necesarios y pertinentes, en consecuencia, solicito; certifique usted, si existe Disponibilidad Presupuestal, con cargo de la presente Vigencia fiscal, para garantizar el siguiente gasto:

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)

Valor: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)

Si existe disponibilidad presupuestal favor expedir el CDP debidamente Numerado y fechado; de no existir disponibilidad, favor devolver la presente solicitud a su origen.

Anexo: presupuesto

Atentamente

SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA
Gerente ESE – HSJ.

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.
Servicio mas Humanizado
Becerril - Cesar
NIT: 824.000.425-6

740

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Año Fiscal	2026		
Fecha Disponibilidad	1/07/2026	**Valor**	6.400.000
Fecha Vencimiento	31/07/2026	**Estado**	C

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICA

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubro(s) presupuestal(es)

Objeto del CDP

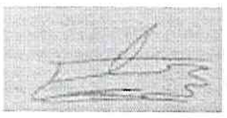
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCION DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACION DE LOS EQUIPÓS BASICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (URBANO)

Codigo	Fuente	Rubro Presupuestal	Valor del CDP
2.4.5.02.09.93222	09	Servicio de personal en atencion en salud APS	6.400.000
		Total este Documento -->	**6.400.000**

V en Letras **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L**



Elaboró



Aprobó

Jefe de Presupuesto

Becerril, Cesar 1 de Julio de 2026

Señora: YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Asunto. Invitación a presentar Oferta

El suscrito funcionario actuando en nombre de la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL lo invita si es de su interés, a presentar oferta para celebrar contrato de prestación de servicios con esta entidad, de acuerdo con la siguiente información: **OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA se obliga para con La ESE lo siguiente: **1)** Cumplir el objeto del contrato de conformidad con las obligaciones específicas descritas. **2)** Cumplir con lo pactado en el contrato con suma diligencia y cuidado, ofreciendo las mejores condiciones de calidad, ejecutándolo oportuna e idóneamente, con lealtad y buena fe, evitando dilaciones**. 3)** Radicar las cuentas de cobro con los anexos requeridos para su pago**. 4)** Cumplir con los requisitos para el perfeccionamiento y la ejecución del contrato. **5)** Presentar prueba de afiliación y pago al SGSSS en donde se refleje mínimo la cotización por el valor devengado por el presente contrato de acuerdo con el articulo 1 parágrafo 2 de la Ley 828 DE 2013 Y Ley 1150 artículo 23 y demás normatividad vigente sobre la materia.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: 1.Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 2.Planeación de la operación mensual por perfil. 3.Definición de microterritorio. 4.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 5.Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. 6.Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio 7.Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. 8.Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 9.Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 10.Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 11.Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 12.Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 13.Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorio abordados por el equipo.

LUGAR DE EJECUCIÓN: BECERRIL – CESAR.

PLAZO DE EJECUCIÓN: UN (1) MES

SUPERVISOR DEL CONTRATO: La supervisión del contrato será ejercida por el Gerente de la ESE O QUIEN TENGA LA IDONEIDAD DE VERIFICAR DEPENDE EL OBJETO CONTRACTUAL, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones: **1)** Certificar el cumplimiento del contrato para efectos de su pago. **2)** Informar a la Oficina Asesora Jurídica de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR el incumplimiento del mismo en caso de que se presente, para que esta dependencia tome las medidas a las que haya lugar. **3)** Elaborar las actas de inicio, supervisión, terminación y liquidación del contrato cuando corresponda.

PRESUPUESTO OFICIAL DE LA CONTRATACIÓN: Valor y forma de Pago. El valor del Presupuesto oficial establecido para la presente contratación es de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** será cancelado de la siguiente manera: El valor del contrato será cancelado en un solo pago por valor de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** correspondientes a las actividades debidamente ejecutadas desde la firma del acta de inicio hasta el 5 de Agosto de 2026, correspondientes a las actividades debidamente ejecutadas en cada mensualidad conforme a las cantidades y características descritas en los estudios previos, invitación y minuta contractual.

CRITERIO Y BASES PARA LA EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	
1.1. Quienes pueden participar:	La ESE podrá invitar a presentar propuestas a toda persona natural que acredite idoneidad y experiencia para el desarrollo del objeto contractual.
1.2. criterios para seleccionar el contratista	Para este proceso, los requisitos habilitantes, que se exigirán serán los siguientes:
1.3. Verificación de la capacidad jurídica para persona jurídicas y/o con establecimiento de comercio:	Si el proponente es persona natural beberá presentar los siguientes Documentos Habilitantes CAPACIDAD JURIDICA para determinar si pasa o no pasa a la verificación de las condiciones de idoneidad y experiencia: ✓ Hoja de vida SIGEP II, debidamente diligenciada y soportada, actualizada hasta la fecha de la invitación. ✓ Declaración de bienes y renta ✓ Copia de la Cédula de Ciudadanía ✓ Registro Único Tributario -RUT que contenga la actividad por la cual se le pretende contratar. ✓ Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación (vigente). ✓ Certificado de Antecedentes Fiscales expedido por la Contraloría General de la República (vigente). ✓ Certificado de antecedentes policivos, expedido por la policía nacional de Colombia (vigente). ✓ Certificado vigente de antecedentes del sistema nacional de medidas correctivas expedido por la Policía Nacional de Colombia (RNMC) (vigente). ✓ Certificado de registro de deudores de alimentos (REDAM) (vigente). ✓ Certificado de Inhabilidades condenado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, expedido por la policía nacional de Colombia (vigente).

Becerril Cesar

	✓ Constancia de afiliación al régimen contributivo o último pago a la seguridad social integral.
1.4 idoneidad:	El proponente deberá acreditar su idoneidad con la presentación del título como Enfermera Jefe expedido por una institución educativa debidamente avalada en Colombia para la formación académica.
1.5 experiencia:	El proponente deberá demostrar una experiencia específica para lo cual deberá aportar cualquiera de estos soportes (CONTRATOS, RUT, ACTA DE LIQUIDACIÓN; CONSTANCIAS CONTRACTUALES Y/O EQUIVALENTES) a través de los cuales se evidencie haber celebrado y ejecutado contrato con entidades públicas o privadas, cuyo objeto tengan relación directa con el objeto contractual que se pretende desarrollar.
1.6. Soportes de la estimación, tipificación y asignación de los riesgos	En el presente estudio no se observan riesgos previsibles que afecten la ejecución del contrato, dado que el pago se hace previa prestación del servicio.
1.7. Análisis de exigencias de garantías destinadas a amparar los perjuicios de naturaleza contractual o extracontractual, derivados del cumplimiento del ofrecimiento o del contrato, así como la pertinencia división de las mismas.	En el presente contrato no será necesaria la constitución de garantías por parte del contratista teniendo en cuenta que su forma de pago es posterior al cumplimiento de cada mes de actividades, por lo tanto, no se evidencia exigencia del amparo de eventuales riesgos por parte de la E.S.E. De conformidad a lo establecido en la ley 1150 del 2007 en su artículo 7. De las garantías en la contratación y el Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.4.5 que dispone Excepciones a la estipulación de garantías.

Fecha Límite de Presentación de la Oferta: El oferente tendrá Dos (2) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de este documento para presentar oferta.

Lugar de Presentación de la Oferta: La Oferta deberá ser presentada en las instalaciones de la Oficina Jurídica de la ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR, ubicado en la dirección que se registra en la parte inferior de esta solicitud, o en su defecto podrá ser enviada al correo electrónico de la ESE e-mail: notificacionjudicial@esehospitalsanjosebecerril.gov.co

Atentamente,

SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA
Gerente Hospital San José de Becerril

Becerril – Cesar, Julio 2 de 2026.

Señora:
SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA
Gerente Hospital San José E.S.E.
E S D

Ref. Propuesta Contractual

Cordial saludo:

Respetada señora, en atención a la invitación directa presentada por su despacho, manifiesto mi intención inequívoca de contratar la prestación del servicio, en atención a las siguientes condiciones:

CONDICIONES	DESCRIPCIÓN
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)
VALOR	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)
PLAZO	UN (1) MES
ACTIVIDADES A REALIZAR	**OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.** El alcance del contrato se restringirá a: **1)** Cumplir el objeto del contrato de conformidad con las obligaciones específicas descritas. **2)** Cumplir con lo pactado en el contrato con suma diligencia y cuidado, ofreciendo las mejores condiciones de calidad, ejecutándolo oportuna e idóneamente, con lealtad y buena fe, evitando dilaciones**. 3)** Radicar las cuentas de cobro con los anexos requeridos para su pago**. 4)** Cumplir con los requisitos para el perfeccionamiento y la ejecución del contrato. **5)** Presentar prueba de afiliación y pago al SGSSS en donde se refleje mínimo la cotización por el valor devengado por el presente contrato de acuerdo con el articulo 1 parágrafo 2 de la Ley 828 DE 2013 Y Ley 1150 artículo 23 y demás normatividad vigente sobre la materia. **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:** 1.Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 2.Planeación de la operación mensual por perfil. 3.Definición de microterritorio. 4.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 5.Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. 6.Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio 7.Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. 8.Inducir la

	demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 9.Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 10.Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 11.Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 12.Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 13.Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorio abordados por el equipo.

Para lo anterior se hace entrega de los documentos requeridos en la invitación directa para la formalización del contrato.

Agradeciendo su atención.

Atentamente,

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
CC No. 1.062.815.035

	CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA		
	GESTION DOCUMENTAL JURIDICA		Página **1** de **1**
	Fecha que se elaboró 3/07/2026	Funcionario que lo realizo GERALDINE HOYOS R.	Reviso y aprobó LUIS ALFREDO TERAN RAMIREZ Técnico Administrativo

CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, IDENTIFICADA CON EL NIT: 824000425 – 6 POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICA:

HACE CONSTAR:

Que, en cumplimiento de lo señalado en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, acorde con los requisitos exigidos en el estudio previo y revisados los soportes de la hoja de vida aportados por la señora **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.062.815.035, acredita la idoneidad y experiencia requerida en los estudios previos respectivos, para ejecutar el siguiente objeto contractual: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)

Para constancia, se expide en el municipio de Becerril – Cesar a los Tres (3) días del mes de Julio de 2026

LUIS ALFREDO TERAN RAMIREZ
Técnico Administrativo

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 424-2026	
Fecha de generación del contrato electrónico	6 DE JULIO DE 2026
Contratante	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL
Contratista	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
No. De Documento de Identidad del Contratista	1.062.815.035
Objeto Contractual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)
Valor Inicial	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)
Plazo Inicial	UN (1) MES
Fecha de Inicio	6 de Julio de 2026
Fecha de Terminación	5 de Agosto de 2026
Supervisor Asignado	YULI SOTO MARTINEZ

Entre los suscritos a saber: **SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA,** identificada con cedula de ciudadanía No 36.571.303 De la Jagua de Ibirico, en calidad de Gerente del **HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL,** Empresa Social del municipio de Becerril – Cesar, con NIT. 824.000.425-6, Nombrada de conformidad con el Decreto No 062 fechado el 27 de marzo de 2024, emitida por la Alcaldía Municipal de Becerril, posesionada de acuerdo con acta de fecha 1 de abril de 2024, actuando en nombre y representación del **HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL,** Empresa Social del Estado, creada a través del Acuerdo Municipal No 001 de Febrero 26 de 1996, plenamente facultada para celebrar éste tipo de acto jurídico; quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE,** por una parte y por la otra: **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.062.815.035, quien para los efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado suscribir el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES**, previo las siguientes consideraciones: **1)** Que el objeto contractual, se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones de la ESE 2026, **2**) Que según el certificado de insuficiencia de personal de fecha 29 de junio de 2026, se hace necesario contratar una JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR **3)** El Contratista presentó los documentos relacionados como requisitos habilitantes, en donde se pudo constatar la idoneidad y experiencia requerida. Por estas razones se ha determinado la viabilidad de la presente contratación la cual se regirá de manera especial por las cláusulas que a continuación se detallan **PRIMERA: OBJETO CONTRACTUAL:** PRESTACIÓN DE

SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO). **SEGUNDA: TERMINO DE DURACIÓN DEL SERVICIO CONTRATADO:** El plazo de ejecución del contrato, será de **UN (1) MES,** contados a partir de la firma del acta de inicio, previo perfeccionamiento del contrato. **TERCERA: VALOR Y FORMA DE PAGO**: LA ESE pagará al **CONTRATISTA INDEPENDIENTE** la suma total de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** por el termino de duración del contrato y las condiciones en el que será ejecutado éste. El valor del contrato será cancelado en un solo pago por valor de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)** correspondiente a las actividades debidamente ejecutadas, para acceder a estos pagos, será menester soportar la ejecución de las actividades contratadas, acompañada de la certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y constancias de pago de las obligaciones por conceptos de Salud, Pensión, Riesgos Laborales y Parafiscales, en este último caso si hubiere lugar a ello. **CUARTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** El contratante se obligará **4.1)** Hacer entrega de los elementos de bioseguridad necesarios para desarrollar las actividades para la que es contratada. **4.2)** Facilitar el acceso oportuno a la información y equipos que se consideren pertinentes para la ejecución del contrato; **4.3)** Cancelar las obligaciones económicas que adquiere con el contratista por los servicios por esta prestados. **QUINTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Obligaciones generales del contratista: El CONTRATISTA** se obliga para con La ESE lo siguiente: **1)** Cumplir el objeto del contrato de conformidad con las obligaciones específicas descritas. **2)** Cumplir con lo pactado en el contrato con suma diligencia y cuidado, ofreciendo las mejores condiciones de calidad, ejecutándolo oportuna e idóneamente, con lealtad y buena fe, evitando dilaciones**. 3)** Radicar las cuentas de cobro con los anexos requeridos para su pago**. 4)** Cumplir con los requisitos para el perfeccionamiento y la ejecución del contrato. **5)** Presentar prueba de afiliación y pago al SGSSS en donde se refleje mínimo la cotización por el valor devengado por el presente contrato de acuerdo con el articulo 1 parágrafo 2 de la Ley 828 DE 2013 Y Ley 1150 artículo 23 y demás normatividad vigente sobre la materia. **Obligaciones específicas:** 1.Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores 2.Planeación de la operación mensual por perfil. 3.Definición de microterritorio. 4.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. 5.Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas. 6.Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio 7.Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. 8.Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 9.Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno 10.Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 11.Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 12.Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 13.Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y

microterritorio abordados por el equipo. **SEXTA: SUPERVISIÓN:** La supervisión del presente contrato será ejercida por YULI SOTO MARTINEZ – COORDINADORA MEDICO del HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL, quien vigilará el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones asumidas y podrá formular las observaciones del caso con el fin de ser analizadas juntamente con el contratista y efectuar por parte de éste las modificaciones o correcciones a que hubiere lugar. **PARÁGRAFO:** dentro de las funciones del supervisor y/o Interventor del presente contrato estarán: **1)** verificar que el contratista cumpla con el objeto del contrato dentro del término estipulado para tal fin. **2)** corroborar y certificar, que el contratista cumpla con las condiciones ofrecidas para la prestación del servicio objeto de este contrato. **3)** informar dentro de los tres (3) primeros días hábiles al vencimiento del periodo de pago o del contrato, acerca de la debida prestación del servicio, requisito previo para efectuar el pago al contratista. **4)** informar a gerencia acerca del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del contratista, para que se inicien las acciones legales correspondientes. **5)** requerir al contratista para que acredite el cumplimiento de sus obligaciones con el SGSSS, lo anterior debe hacerse en estricta observancia de la ley. **6)** las demás que le sean propias al cumplimiento de sus funciones, tendientes a garantizar la ejecución idónea del objeto contratado. **SÉPTIMA: GARANTÍAS:** El contratista se obliga a constituir a favor de la Empresa Social del Estado E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL garantía Única, expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, la cual se mantendrá vigente durante el termino de duración del contrato y se ajustara a los limites, existencia y extensión del riesgo amparado, de la siguiente manera:

No.	AMPAROS	VIGENCIA	% $6.400.000.00
1	GARANTIA DE CUMPLIMIENTOS	POR EL TERMINO DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS	20
2	CALIDAD DEL SERVICIO	POR EL TERMINO DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS	20
3	RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	POR EL TERMINO DEL CONTRATO	100 SMMLV

OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO: Sin perjuicio de las acciones civiles administrativas o penales a que hubiere lugar, son justas causas para dar por terminado anticipadamente y de manera unilateral el presente contrato por parte de la contratante: **8.1)** Por muerte o incapacidad física permanente del contratista. **8.2)** Por interdicción judicial de la contratista. **8.3)** Cuando se presenten hechos o actos manifiestos que denoten desmejoramiento en la calidad del servicio contratado, **8.4)** Cuando se verifique que el contratista estaba incurso de alguna inhabilidad o incompatibilidad para suscribir este contrato o sobreviniere alguna de ellas durante su ejecución; **8.5)** fuerza mayor o caso fortuito. Y en general el incumplimiento a cualquiera de las obligaciones consignadas en la cláusula anterior. **NOVENA: INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA.** El Contratista actuará por su propia cuenta con absoluta autonomía y sin estar sometido a subordinación laboral con El Contratante y no tendrá derechos diferentes al de exigir el valor que se compromete a pagar El Contratante en este contrato. **DÉCIMA: EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL.** Queda claramente

entendido que no existirá relación laboral alguna entre el contratante y contratista. **DÉCIMA PRIMERA: CESIÓN DEL CONTRATO.** Queda totalmente prohibido para el contratista el encargo o cesión parcial o total de los servicios a ejecutar, sin el expreso consentimiento mediante autorización expresa y escrita de la parte contratante. **DÉCIMA SEGUNDA: CADUCIDAD.** La caducidad, de acuerdo con las disposiciones y procedimientos legamente establecidos, puede ser declarada por la E.S.E, cuando exista un incumplimiento grave que afecte la ejecución del presente Contrato: **DÉCIMA TERCERA: CLAUSULA PENAL:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente Contrato, **EL CONTRATISTA** debe pagar a la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR, a título de indemnización, la suma equivalente al 10% del valor del contrato. El valor pactado de la presente cláusula penal es el de la estimación anticipada de perjuicios, no obstante, la presente cláusula no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor. Este valor puede ser compensado con los montos que ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR, adeude al Contratista con ocasión de la ejecución del presente Contrato, de conformidad con las reglas del Código Civil. **DÉCIMA CUARTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales el domicilio es el municipio de Becerril - Cesar **DÉCIMA QUINTA: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.** Toda diferencia que surja en virtud de la interpretación, terminación o liquidación del presente contrato se hará conforme a los procedimientos establecidos por el Código de procedimiento Civil y Código de Comercio para este tipo de actos. **DÉCIMA SEXTA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**. La presente contratación se encuentra amparada presupuestalmente con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **740** del 1 de Julio de 2026 por valor de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo). **DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO** El presente documento se perfecciona con las firmas de las partes, en la plataforma Secop II. **NOTA:** El SECOP II funciona con contratos electrónicos que son aprobados/aceptados por las partes a través de la plataforma. Estos contratos tienen validez jurídica y probatoria. No es necesario imprimir minutas y hacerlas firmar por las partes. Usted sólo debe anexar al SECOP II el clausulado y los documentos soporte del contrato que considere pertinentes. Toda la información anexada debe ser complementaria, y no duplicar la información ya contenida en los formularios del SECOP II.

Fuente:
https://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/cce_documentos/20170803_guia_gestion_contra ctual.pdf

Dado a los Seis (6) días del mes de Julio de 2026, en el municipio de Becerril - Cesar.

SANDRA CECILIA ARZUAGA VEGA Gerente ESE HSJB	**YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA** Contratista

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E.
Servicio mas Humanizado
Becerril - Cesar
NIT: 824.000.425-6

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO 740

Vigencia	2026	**Fecha Reserva**	6/07/2026	**Valor esta Reserva**	**6.400.000**
No CDP	740	**Fecha del CDP**	1/07/2026	**Estado**	**C**
Beneficiario	1062815035	YINARI ALEXANDRA OCHOA MENDOZA			

Detalle de la Reserva

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCION DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACION DE LOS EQUIPÓS BASICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL (URBANO)

Codigo	Rubro Presupuestal	Valor
2.4.5.02.09.93222	Servicio de personal en atencion en salud APS	6.400.000
	Total este Documento -->	**6.400.000**

Valor en Letras **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L**

Con el siguiente Plan de Pagos Ajustado al PAC aprobado;

NIVEL DE AGRUPACION	VIGENCIA PAC	FECHA DE PAGO	VALOR

Elaboró

Aprobó

Jefe de Presupuesto

	ACTA DE INICIO		
	GESTION DOCUMENTAL JURIDICA		Página **1** de **1**
	Fecha que se elaboró 6/07/2026	Funcionario que lo realizo GERALDINE HOYOS ROBLES	Reviso y aprobó YULI SOTO MARTINEZ

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 424-2026	
Fecha de generación del contrato electrónico	6 DE JULIO DE 2026
Contratante	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL
Contratista	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
No. De Documento de Identidad del Contratista	1.062.815.035
Objeto Contractual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA COMO APOYO A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 000272 FEBRERO 16 DEL 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (URBANO)
Valor Inicial	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($6.400.000,oo)
Plazo Inicial	UN (1) MES
Fecha de Inicio	6 de Julio de 2026
Fecha de Terminación	5 de Agosto de 2026
Supervisor Asignado	YULI SOTO MARTINEZ

YULI SOTO MARTINEZ – COORDINADORA MEDICO, Empresa Social del Estado, creada a través del Acuerdo Municipal No. 001 de Febrero 26 de 1996, identificada con el NIT: 824000425 – 6. en su calidad de supervisor del contrato de la referencia, debidamente notificado para esos efectos, por una parte y por la otra: **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.062.815.035, quien se denominará EL CONTRATISTA, previa verificación de los requisitos de perfeccionamiento del referenciado contrato y los requisitos de ejecución, hemos acordado **DAR INICIO** formal y material al contrato antes referenciado, en señal de conformidad la presente acta suscrita a los seis (6) días del mes de Julio de 2026.

Dra. Yulis Soto Martinez MEDICO - CURN R.M. 7343	
YULI SOTO MARTINEZ Supervisor	**YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA** Contratista

Hoja de Vida



Datos Personales

Nombre	*Yinari Alexandra*
Apellidos	*Mendoza Ochoa*
Cedula de ciudadanía	*1.062.815.035*
Lugar De Expedició	*Becerril – Cesar*
Fecha DeNacimiento	*12 – oct - 1997*
Lugar DeNacimiento	*Becerril – Cesar*
Estado Cívico	*Casada*
Teléfono	*3207707447*
Correo	*yinalmendoza8a@gmail.com*
Ciudad	***Bello/Antioquia***

Estudios Realizados

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA ANGELA MARIA TORRES SUAREZ
Bachiller técnico
Becerril – Cesar

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ
ENFERMERIA
Barranquilla – Atlántico

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
ESPECIALIZACIALISTA EN ENFERMERIA ONCOLOGICA
Medellin – Antioquia

OTROS ESTUDIOS:

- Curso Taller De Código Azul.
- Manejo la vacunación contra el Covid-19 en Colombia
- Curso Taller De Soporte Vital Cardiopulmonar Básico Y Avanzado Atención
- Atención Integral En Salud A Las Víctimas De Violencia Sexuales.
- Curso servicio al cliente
- Curso toma de muestra y laboratorio clínico
- Atención en urgencia a víctimas de ataques con agentes químicos.
- Certificado de salud mental
- Gestión del duelo
- Atención a paciente neonatal
- Inserción de implante subdérmico y DIU
- Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral
- Certificado de humanización en salud
- Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Experiencia Laboral

Empresa:	Clínica Integral de Emergencia Laura Daniela
Nit:	900008328
Ocupaciónn:	Enfermera Jefe
Tiempo que laboro:	8 meses
Jefe inmediato:	Liliana Mieles
Teléfono:	3164822549
Ciudad:	Valledupar

Empresa:	E.S.E Hospital San José de Becerril
Nit:	824000425-6
Ocupaciónn:	Coordinadora Del Programa Ampliado De Inmunización
Tiempo que laboro:	25 meses
Jefe inmediato:	Luis Teran
Teléfono:	3103288139
Ciudad:	Becerril, Cesar

Empresa:	Hospital San Vicente De Paul
Nit:	890.985.092
Ocupaciónn:	Jefe de Enfermería Del Programa Ampliado De Inmunización
Tiempo que laboro:	10 meses
Jefe inmediato:	Susana Rojas
Teléfono:	(604) 201 22 70
Ciudad:	Remedios, Antioquia

Empresa:	E.S.E Hospital San José de Becerril
Nit:	824000425-6
Ocupaciónn:	Enfermera jefe
Tiempo que laboro:	27 meses
Jefe inmediato:	Luis Teran
Teléfono:	3103288139
Ciudad:	Becerril, Cesar

Experiencia Práctica

Empresa:	Hospital Pablo Tobón Uribe
Nit:	890.900.518-4
Ocupaciónn:	Practica en Area de Quimioterapia
Tiempo que laboro:	1 semestre
Jefe inmediato:	Sandra Soto
Teléfono:	3108407897
Ciudad:	Medellin, Antioquia

Empresa:	Hospital San Vicente Fundación
Nit:	890901826-2
Ocupaciónn:	Practica en Area de Radioterapia
Tiempo que laboro:	1 semestre
Jefe inmediato:	Sandra Soto
Teléfono:	3108407897
Ciudad:	Medellin, Antioquia

Referencias Familiares

Nombre: Josefa Ochoa Caballero
Ocupación: Ama de casa
Teléfono: 3155114019

Nombre: Carlos Pinto Barreto
Ocupación: Operador
Teléfono: 3206272852

Referencias Personales

Nombre: Sandra Soto
Ocupación: Enfermera Magister en oncologia
Teléfono: 3108407897

Nombre: Maria Claret Santoya
Ocupación: Medico
Teléfono: 3014400386

Yinari Alexandra Mendoza Ochoa

C.C 1.062.815.035 de Becerril – Cesar

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
Mendoza	Ochoa	Yinari Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1062815035	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 10 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CESAR

MUNICIPIO BECERRIL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 4 12 137 CASA SOURDIS

PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR

MUNICIPIO BECERRIL

TELÉFONO EMAIL yinalmendoza8a@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 BÁSICA												TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°		MES	12	AÑO	2014

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	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON CANCER Y SU FAMILIA	12	2024	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2019	1062815035

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

INSTITUCION	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO	05	2023
DIACED	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		HUMANIZACION EN SALUD	01	2025
La Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Manejo Clínico de la Coinfección Tuberculosis/Virus de Inmunodeficiencia Humana (TB/VIH)	03	2025
La Organización Panamericana de la Salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	03	2025
FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		MANEJO Y GESTION DEL DUELO	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ATENCIÓN PACIENTE NEONATAL - (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)	01	2026
FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS) (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)	01	2026
DACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		MANEJO DE CRISIS Y EMERGENCIA EN SALUD MENTAL (BASICO)	01	2026
FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)	01	2026

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 PRESTACIÒN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	BECERRIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2026
3103288139												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1680 2009 ENFERMERA	AREA DE VACUNACION	CALLE 1 1 101 barrio san jose

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -REMEDIOS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
ANTIOQUIA	REMEDIOS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	05	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2023
3207707445												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
1680 2009 ENFERMERA	AREA DE VACUNACION	CALLE null 12 120 Cl Las Palmas #12-120,

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	BECERRIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2022
3103288139												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
2527- 2014 COORDINADORA	PROGRAMA DE VACUNACION	CARRERA 1 1 210 cra 1 # 1-, Cl. 1 #210

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA INTEGRAL LAURA DANIEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CESAR	BECERRIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	05	Año	2020
5803535												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	S.2 HOSPITALIZACION	CARRERA 19N 14 47

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	5	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
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 Becerril Cesar. 23-06-2026

Jiver Montero O.

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-06-23 07:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YINARI	ALEXANDRA	MENDOZA	OCHOA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1062815035

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	BECERRIL

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	BECERRIL

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 JOSE DE BECERRIL

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	BECERRIL

Dirección	["Calle 1 Nº 1-10"]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$16.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$16.000.000,00

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	$12.000,00

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.815.035**

MENDOZA OCHOA

APELLIDOS

YINARI ALEXANDRA

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1997**

BECERRIL
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

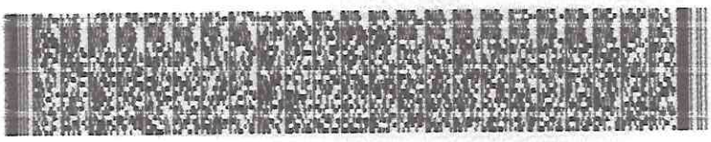
1.53 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-OCT-2015 BECERRIL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1218000-00771133-F-1062815035-20151201 0047589586A 1 44774901

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 inscripción

4. Número de formulario 14695327074

(415)7707212489984(8020) 000001469532707 4

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

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 0 6 2 8 1 5 0 3 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cesar 2 0	Becerril 0 4 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	OCHOA	YINARI	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Becerril 0 4 5

41. Dirección principal: CR 4 12 137

42. Correo electrónico: yinalmendoza8a@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 6 8 8 7 9 4 4	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

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 OTERO NAVARRO LIBIA ISABEL

985. Cargo Analista III

Fecha generación documento PDF: 09-01-2026 09:42:59AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/06/2026 04:13:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1062815035 .**

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. **142549214 .** 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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:26:07 AM horas del 23/06/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1062815035**
Apellidos y Nombres: **MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA**

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 298289745

PIB
07:24:36

Bogotá DC, 23 de junio 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) YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1062815035:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 23 de junio de 2026, a las 07:16:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1062815035
Código de Verificación	106281503526062307160 4

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:52:34 horas del 22/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1062815035,** Apellidos y Nombres **MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN JOSE BECERRIL**, con NIT **824000425-8** 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1062815035 **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 23/06/2026 07:29 AM

Código Verificación: **XVDWATKNLZ**

Válida hasta: **21/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

VALLEDUPAR, Junio 23 de 2026

Señora:

MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA

CC. 1062815035CR 4 NO 12 137 - 0

Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 12 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot.	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA	1062815035	C	Nov-12-2008	718	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido por Mora Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

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

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	1062815035	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	1062815035	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	1062815035	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
OHI ORGANIZACION HUMANA INTEGRAL S A	1062815035	Dependiente	CERRADO
SALUD BALBOA DE ALTA COMPLEJIDAD SAS	1062815035	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	1062815035	Estudiantes de Postgrado en salud	CERRADO
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	1062815035	Estudiantes de Postgrado en salud	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.062.815.035**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CER_AFI_2026023505246

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA identificado con CC. 1062815035 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL
Tipo y Numero de Documento	NI - 824000425

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/05/04	**Fecha inicio contrato**	2026/05/04
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/26
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/16	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23062026N1062815035A19200051.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Médilab ips
Salud a tu alcance

Sede principal Calle 12N 6-04 Centro
Contacto: medilabsaludocupacionalips@gmail.com - Teléfono: 5781685 - 301 5633464



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	LA JAGUA DE IBIRICO (CESAR, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA	Genero: FEMENINO	Edad: 28 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS	Documento de Identificación: CC (Tipo) 1062815035 (Número)
Apellidos y Nombres	Teléfonos: 3186887944		

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) — N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Yesenia Alvarado Jaimes
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
C.C. 1065566577 de [illegible]
Licencia [illegible] 171270

Firma: _____

Nombre: ALVARADO JAIMES YESENIA

R. M.: 5514 L.S.O.: 0023333

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA

CC: 1062815035

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 142a2bf-531c-4b5b-883b-30765c706042

Nombres y apellidos / Full name: **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 6 2 8 1 5 0 3 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **12/10/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0**

Correo electrónico / e-mail: **yinalmendoza8a@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
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	16	08	2016		1434024	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	LUISA ARENAS
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	16	09	2016		1434025	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MARTHA GOMEZ
TD Adulto	Primera	29	03	2017		D2288	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MARIA S
TD Adulto	Segunda	29	04	2017		D2288	MIRED BARRANQUILLA HOSPITAL NAZARETH	
TD Adulto	Tercera	30	10	2017		D2299	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	CELMIRA
TD Adulto	Cuarta	30	10	2018		d2277	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	CELMIRA
TD Adulto	Quinta	30	10	2019		22150151713	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	NO REGISTRA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	12	06	2020		V50220013	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MARIA ISABEL NIETO
Fiebre Amarilla	Única	16	07	2020		R3C23	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MARIA NIETO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	19	10	2020		UFX19002	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	NO REGISTRA
COVID SINOVAC	Primera	30	03	2021		E202102012	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	ERICA CABARCAS POLO
COVID SINOVAC	Segunda	01	05	2021	Sinovac	C202103045	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	ANGELA HERNANDEZ
COVID SINOVAC	Primer Refuerzo	22	04	2022	Sinovac	C202109194	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	YINARI MENDOZA
Triple Viral Particular	Primera	26	04	2022		A691198811	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	NO REGISTRA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information 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: 142a2d-591c-4cb-883b-3076ec706042

Nombres y apellidos / Full name: **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 6 2 8 1 5 0 3 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **12/10/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0**

Correo electrónico / e-mail: **yinalmendoza8a@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Varicela Particular	Primera	26	04	2022		SU32877	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	NO REGISTRA
TdaP Acelular Gestante	Anual	26	04	2022		C2489AF	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	LUISA ARENAS
Varicela Particular	Refuerzo	26	07	2022		S016333	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	NO REGISTRA
COVID SINOVAC	Segundo Refuerzo	23	09	2022	Sinovac	B202109142	REMEDIOS ESE H. San Vicente de Paul	LILIANA SOSA HENAO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	01	2024	BUTANTAN	230046	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	JOHANNA DEL CARMEN DIAZ BENAVIDES
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	29	04	2024	Catalent Indiana	019M22-2A	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MONICA PATRICIA BULA CARO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	05	2024	Green Cross	V50524001	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MONICA PATRICIA BULA CARO
Sarampión Rubéola	Adicional	15	11	2024	Serum	0122W108	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	MARIA ISABEL NIETO DIAZ
Meningococo Tetravalente ACWY	Primera	31	03	2025	Glaxo SmithKline	AMAA941A	BECERRIL HOSPITAL SAN JOSE	JOHANNA DEL CARMEN DIAZ BENAVIDES - CC49610597 - ACTIVO

El Ministerio 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 Ministry of Health and Social Protection certifies that the information 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.

Función Pública

Declaración No Embargo de Alimentos

Becerril, Cesar 23 de junio del 2026

Yo, **YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA** mayor de edad, domiciliado(a) en esta ciudad, identificado (a) como aparece al pie de la firma, manifiesto no tener conocimiento de proceso alguno en mi contra por inasistencia alimentaria, ni de otra clase; así mismo que cumplo con mis obligaciones de familia.

Lo anterior de conformidad con el artículo 6 de la Ley 311 de 1996.

Firma Yinari Mendoza Ochoa

Nombre Yinari Alexandra Mendoza

Documento de identidad 1062881038

Carrera 6 No. 12-62
Bogotá, D.C. Colombia
Teléfono: 601 7395656
Fax: 601 7395657
Código Postal: 111711

Internet: www.funcionpublica.gov.co
Email: eva@funcionpublica.gov.co

F Versión 04 Fecha: 2023-06-26

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia
La versión vigente reposa en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (Intranet)

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Técnica Angela María Torres Suárez

Aprobada por la Secretaria de Educación Departamental, según Resolución No. 006161
del 29 de Noviembre de 2011

Confiere a:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con T.I. No. 971012-08110 de Becerril - Cesar

El Título de:

Bachiller Técnico

Especialidad Gestión Ambiental

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes
al nivel de Educación Media Técnica y haber cumplido con los
requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional
P.E.I. de la Institución

Rector

Secretaria

Anotada en el control interno del plantel en el
Libro No. III Folio No 42

Dado en Becerril, Cesar a los 6 Dias del Mes de Diciembre de 2014

No.298

Institución Educativa Técnica Angela María Torres Suárez

Calle 1 No. 11-24 Teléfono: 576 8594 Becerril, Cesar

Aprobada Mediante Resolución No 000161 del 29 de Noviembre de 2011
DANE No. 120065000210 - NIT No. 800.150.709-0

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Becerril a los 6 días del mes de diciembre del año 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICA ANGELA MARIA TORRES SUAREZ DE BECERRIL (CESAR) COLOMBIA, Institución APROBADA SEGUN RES. 000161 del 29 de Noviembre de 2011, en los niveles de educación Preescolar, Básica y Media Técnica y Académica por ciclos lectivos especiales expedida por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cesar, en la cual consta a la Institución para otorgar el título de BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDADES EN: GESTION AMBIENTAL, CONTABILIDAD Y BACHILLER ACADEMICO, Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación MESA ACADEMICA y MESA TECNICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TECNICO, al graduando cuyo nombre y apellidos, se relacionan a continuación:

MENDOZA OCHOA YINARI ALEXANDRA
T.I. 971012-08110

Esta acta es fiel copia del Acta General de Graduación Nº 133 del 6 de diciembre de 2016, que consta de cincuenta y nueve (59) alumnos graduandos culminaron con el nombre de: ALVAREZ CASADO ANDREA CAROLINA, y terminan con el nombre de: ZAMBRANO ARIAS WENDY LIZETH

Se expide la presente en Becerril - Cesar a los 6 días del mes de Diciembre de 2016.

Firmada y Sellada

Esp. ALEXANDER LOPEZ OSPINO
C.C. No. 8.768.906 de Barranquilla
Rector

NANCY ESTER ARDILA BARRETO
C.C. No. 26.[illegible] de Becerril Cesar
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre la
Corporación Universitaria Rafael Núñez
en atención a que

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
C.C. No. 1.062.815.035 de Becerril

Ha completado todos los estudios que el Ministerio de Educación Nacional, la ley y el Reglamento Estudiantil exige para optar el titulo de:

ENFERMERA

le expide el presente Diploma, testificado y garantizado bajo la Fé Pública de que se halla investido por Ministerio de la ley, que dicha persona es idónea para desempeñar la profesión de

ENFERMERA

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en la ciudad de Barranquilla el día 31 del mes de Julio del año 2019 y se refrenda con las firmas.

El Rector | Vice -Rector Académico | Decano | Secretaria General

Acta de Grado No. 002
Diploma No. 027
No. de Registro 0027 Libro No. 1

Personería Jurídica No. 6644 del 5 de junio de 1985 - Ministerio de Educación Nacional

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
C.C. No. 1.062.815.035 de Becerril- Cesar

Corporación Universitaria
Rafael Nuñez
Cartagena de Indias

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NÚÑEZ

ACTA DE GRADO No. 002

En la ciudad de Barranquilla, a los diez (10) días del mes de julio de 2019, por medio de la Resolución No. 5 de la misma fecha, dentro del Programa de Enfermería, la Corporación Universitaria Rafael Núñez en nombre de la República de Colombia y con base en la autonomía conferida por la Ley 30 de 1992, se le otorgó el título de:

ENFERMERA

A

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
C.C No 1.062.815.035 de Becerril.

Quien cumplió con los requisitos exigidos por los Estatutos y el Reglamento Estudiantil de la Institución y con las normas legales vigentes. En testimonio se le entregó el Diploma No. 027 y para constancia se firmó el Acta correspondiente.

Fecha de Grado: Julio 31 de 2019.

El Rector

MIGUEL ANGEL HENRÍQUEZ LÓPEZ

Vice Rectora Académica

PATRICIA DE MOYA CARAZO

Decano de la Facultad

JUAN CARLOS LOZANO PINEDA

Secretaria General

VIVIANA HENRÍQUEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

ACTA DE GRADUACIÓN 155624

Libro 103 Folio 187-2234 del 14 de febrero de 2025

DEPENDENCIA: FACULTAD DE ENFERMERÍA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 572 del 25 de febrero de 2021

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

La Vicerrectoría de Docencia, autorizó el trámite de la presente graduación mediante la Resolución 16740 del 20 de enero de 2025; una vez verificado este y los requisitos dispuestos en las normas universitarias, el Decano(a) o Director(a), el Secretario(a) General y el Rector(a), autorizan conferir el 14 de febrero de 2025, el título de:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

A

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificada con cédula de ciudadanía 1062815035

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

JUAN GUILLERMO ROJAS
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, dirijase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: BE1062815035, o escaneé el código QR.

Firmador por:
Universidad de Antioquia
2025-02-12 14:02:51:448

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

EN ATENCIÓN A QUE

Yinari Alexandra Mendoza Ochoa

Identificada con cédula de ciudadanía 1062815035

Ha completado todos los requisitos que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma en Medellín, República de Colombia, el 14 de febrero de 2025.
Libro 103 Folio 187-2234 del 14 de febrero de 2025

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

JUAN GUILLERMO ROJAS
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: IR1062815035, o escanee el código QR.

Firmador por:
Universidad de Antioquia
2025-02-12 14:08:18:540

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



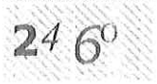
YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA
C.C.1.062.815.035
Corporacion Universitaria Rafael Nuñez
Barranquilla
Fecha de Expedición Diploma: 31/07/2019
Fecha de Inscripción en Rethus: 04/09/2019

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1062815035	yinari	mendoza

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7801

Validar Registro en RETHUS | Limpiar

Resultado General -2026-06-23--7:14:17 AM -2026-06-23--7:17:37 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1062815035	YINARI	ALEXANDRA	MENDOZA	OCHOA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA identificado(a) con CC 1062815035 registra La siguiente información:

2026-06-23--7:17:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2019-09-04	1062815035	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 información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

EL SUSCRITO TECNICO ADMINISTRATIVO DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR

CERTIFICA QUE:

YINARI MENDOZA OCHOA, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.062.815.035**, expedida en Becerril – Cesar, prestó sus servicios en esta entidad, desempeñando el cargo de **JEFE DE ENFERMERÍA PARA LA COORDINACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE IMUNIZACION (PAI) DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR,** bajo la modalidad de **contrato de prestación de servicios**, durante los siguientes periodos:

FECHA DE CONTRATOS	TIEMPO DE SERVICIO
01 DE SEPTIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE DE 2025	TRES (03) MESES.
TIEMPO TOTAL DE SERVICIO	**TRES (03) MESES.**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, en Becerril (Cesar), a los dieciséis (11) días del mes de mayo de 2026.

LUIS ALFREDO TERÁN RAMÍREZ
Técnico Administrativo
CEL. 310 3288139

HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

EL SUSCRITO TECNICO ADMINISTRATIVO DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR

CERTIFICA QUE:

YINARI MENDOZA OCHOA identificado con cedula de ciudadania N.° **1.062.815.035 expedida** en Becerril - Cesar; laboro en esta entidad desde el dia 05 de Abril de 2024 hasta el dia 30 de Julio 2024; y desde el 05 de Agosto de 2024 hasta el 04 de Diciembre de 2024 desempeñando el cargo de **JEFE DE ENFERMERIA PAI PARA LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI) DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR.**

Con la modalidad de contrato de prestación de servicios.

FECHA DE CONTRATOS	TIEMPO DE SERVICIO
05 DE ABRIL AL 30 DE JULIO DE 2024	CUATRO (04) MESES
05 DE AGOSTO AL 04 DICIEMBRE DE 2024	CUATRO (04) MESES
TIEMPO TOTAL SERVIDO:	**OCHO (08) MESES**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los siete (07) días del mes de enero de 2025.

LUIS ALFREDO TERÁN RAMÍREZ
Técnico Administrativo
CEL. 312 822 8337

Powered by CamScanner

HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

Servicio Humanizado

NIT. 824 000 425 - 6

EL SUSCRITO TECNICO ADMINISTRATIVO DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL CESAR

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA, identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1.062.815.035 expedida en Becerril - Cesar; labora en esta entidad desempeñando en cargo de ENFERMERA PARA DESARROLLAR LABORES EN EL AREA DE PAI, con la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales, discriminado de la siguiente manera:

FECHA DE CONTRATOS	TIEMPO DE SERVICIO
01 AL 30 DE JUNIO DE 2020	UN (01) MES
01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020	TRES (03) MESES
01 DE OCTUBRE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2020	TRES (03) MESES
08 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2021	TRES (03) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS
07 DE MAYO AL 30 DE AGOSTO DE 2021	TRES (03) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
03 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021	VEINTIOCHO (28) DIAS
01 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021	DOS (02) MESES
01 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2021	UN (01) MES
03 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO DE 2022	VEINTIOCHO (28) DIAS Y UN (01) MES
01 DE MARZO AL 30 DE JULIO DE 2022	CINCO (05) MESES
TIEMPO TOTAL SERVIDO:	**VEINTICINCO (25) MESES Y TRECE (13) DIAS**

LUIS ALFREDO TERÁN RAMÍREZ
Técnico Administrativo
CEL. 312 822 8337

LA OFICINA DE GESTION HUMANA DE LA CLINICA INTEGRAL DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA S.A.

CERTIFICA:

Que la señora, YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA, identificado(a) con cedula de ciudadania número 1.062.815.035, laboró en nuestra institución bajo un contrato a termino INDEFINIDO; desempeñándose como ENFERMERA, desde el 01 de Noviembre de 2019 hasta el 31 de julio de 2020.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en el Municipio de Valledupar, Departamento del Cesar, a los 31 días del mes de julio de 2020.

ADRIANA MARCELA MARTINEZ DIAZ
LIDER TALENTO HUMANO

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1062815035
Realizó y aprobó el **Curso avanzado** de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de: **70 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

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

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1062815035
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

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

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1062815035
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MANEJO DE CRISIS Y EMERGENCIA EN SALUD MENTAL (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MANEJO Y GESTIÓN DEL DUELO (CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN PACIENTE NEONATAL -(BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

INSERCIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1062815035

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1062815035
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-01-14.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Distribuidores de Equipos Asesorías
Capacitación en Emergencia y Desastres S.A.S.
NIT: 901190074-7

Certifica que

YIRANI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

D.I 1.062.815.035

Participó en el Curso

Humanizacion en Salud

Intensidad horaria: 20 horas
En constancia de lo anterior se firma en Valledupar - Cesar a los 09 días del mes de Enero del 2025
Vigencia de dos años a partir de la fecha de expedición.

Carlos Jaime Rincones Pérez
Gerente General

María José Pérez Ramo
Coordinador Administrativo

"Con esfuerzo y perseverancia podrás alcanzar tus metas"

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1062815035

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en MEDELLÍN. A los cuatro (4) días del mes de Mayo de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

1555185 - 04/05/2023
No Y FECHA REGISTRO

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA
Subdirectora CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

Vigencia:
hasta el 4 de Mayo de 2026

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940100230101257232CC1062815035C

67d1fb57-88d4-4921-b640-14eaac1f08fd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

11 de marzo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67d1fb57-88d4-4921-b640-14eaac1f08fd

67eda327-5b54-49ff-aad5-0b1fac1f52de

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

ha participado y aprobado el curso virtual:

Manejo Clínico de la Coinfección Tuberculosis/Virus de Inmunodeficiencia Humana (TB/VIH)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 60 - Porcentaje de aprobación: 93,33 %

2 de abril de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67eda327-5b54-49ff-aad5-0b1fac1f52de

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTÍA ÚNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 801056929
CERTIFICADO GU169438
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900409057

UBICACION: SANTA MARTA | USUARIO: AXIS_CONF | TIPO CERTIFICADO: Nueva producción | FECHA DD MM AAAA: 30 04 2026

TOMADOR/GARANTIZADO	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	C.C. O NIT:	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	CIUDAD:	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3186987944
ASEGURADO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	C.C. O NIT:	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	CIUDAD: TUQUERRES	TEL. 6025768167
BENEFICIARIO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	C.C. O NIT:	824000425 6
DIRECCION:	CR 1 1 A 10	CIUDAD: TUQUERRES	TEL. 6025768167

VIGENCIA DD MM AAAA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 12 2026	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA 12,000,000.00	

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	40,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
						IVA	PESOS	9,500.00
						TOTAL		59,500.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
Cumplimiento	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			
Calidad de servicio	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N 162-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERIA
COMO APOYO A LA EJECUCIÒN DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÒN DE LOS EQUIPOS BÀSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E.HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÒN 0698 DE 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (PLAN NACIONAL DE SALUD URBANOS).

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE POLIZA. DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO,
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA Código Clausulado: 18/09/2023-1308-P-05-SU-CD-05-08-GUES-D00! Código Nota Técnica: 18/09/2023-1308-NT-P-05-NT-CU-GUECANSV05

(415)7709999111991(8020)0900409057

TOMADOR

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTÍA ÚNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 801056929
CERTIFICADO GU169438
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900409057

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** AXIS_CONF **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR/GARANTIZADO	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167
BENEFICIARIO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	30 04 2026	HASTA 30 12 2026			12,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	40,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
						IVA	PESOS	9,500.00
						TOTAL		59,500.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
mplimiento	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			
alidad de servicio	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N 162-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA
COMO APOYO A LA EJECUCIÒN DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÒN DE LOS EQUIPOS BÀSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E.HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL.CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÒN 0698 DE 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (PLAN NACIONAL DE SALUD URBANOS).

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA. DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARAN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA Código Clausulado: 18/09/2023-1308-P-05-SU-OD-05-08-GUES-D001 Código Nota Técnica: 18/09/2023-1308-NT-P-05-NT-CU-GUECANSV05

(415)7709999011901(8020)0900409057

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia **Fecha de impresion:** Thu, 30 Apr 2026 17:22:38

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTÍA ÚNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA	801056929
CERTIFICADO	GU169438
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900409057

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** AXIS_CONF **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR/GARANTIZADO	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167
BENEFICIARIO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	30 04 2026	HASTA 30 12 2026			12,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	40,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
						IVA	PESOS	9,500.00
						TOTAL		59,500.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
mplimiento	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			
alidad de servicio	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			

OBJETO DE LA GARANTIA:

AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N 162-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA
COMO APOYO A LA EJECUCIÒN DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÒN DE LOS EQUIPOS BÀSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E.HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÒN 0698 DE 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (PLAN NACIONAL DE SALUD URBANOS).

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO,
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA Código Clausulado: 18/09/2023-1308-P-05-SU-CO-05-08-GUES-0001 Código Nota Técnica: 18/09/2023-1308-NT-P-05-NT-CU-GUECANSVOS

(415)7709998011001(8020)0900409057

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

GARANTÍA ÚNICA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES

Decreto 1082 de 2015

PÓLIZA 801056929
CERTIFICADO GU169438
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900409057

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** AXIS_CONF **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR/GARANTIZADO	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167
BENEFICIARIO:	HOSPITAL SAN JOSE E.S.E	**C.C. O NIT:**	824000425 6
DIRECCIÓN:	CR 1 1 A 10	**CIUDAD:** TUQUERRES	**TEL.** 6025768167

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	30 04 2026	HASTA 30 12 2026			12,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	40,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	10,000.00
						IVA	PESOS	9,500.00
						TOTAL		59,500.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
Cumplimiento	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			
Calidad de servicio	01-04-2026	30-12-2026	0.00	6,000,000.00	20,000.00			

OBJETO DE LA GARANTIA:
AMPARAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO N 162-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UNA JEFE DE ENFERMERÍA
COMO APOYO A LA EJECUCIÒN DEL PROGRAMA EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD - APS Y LA OPERACIÒN DE LOS EQUIPOS BÀSICOS Y DEMAS SERVICIOS DE SALUD DE LA E.S.E.HOSPITAL SAN JOSÉ DE BECERRIL CESAR EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÒN 0698 DE 21 DE ABRIL DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (PLAN NACIONAL DE SALUD URBANOS).

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO,
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
LA PRESENTE GARANTIA NO EXPIRARA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA O POR REVOCACION UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPAÑIA, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 19 DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 80 DE 1993.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA Código Clausulado: 18/09/2023-1308-P-05-SU-OD-05-08-GUES-D00I Código Nota Técnica: 18/09/2023-1308-NT-P-05-NT-CU-GUECANSV05

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998011901(8020)0900409057

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-01-02

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900409057

Nit: 1062815035 **DV:** 2

Tomador: YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Póliza: 801056929 **Certificado:** GU169438 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 59,500

FECHA DE DD MM AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con codigo de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olimpica
Movilred
Grupo Geisa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra pagina web.

Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)0900409057

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

---

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900409057

Nit: 1062815035 **DV:** 2

Tomador: YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Póliza: 801056929 **Certificado:** GU169438 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 59,500

FECHA DE DD MM AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olimpica
Movilred
Grupo Geisa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra pagina web.

Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)0900409057

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA 802092161
CERTIFICADO RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	235,127.00	10	2.00	
rjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:ENFERMERA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA
NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI ERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN NEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

TOMADOR

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802092161
CERTIFICADO RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
Nit: 860.070.374-9

PÓLIZA 802092161
CERTIFICADO RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	30 04 2026			350,181,000.00
HASTA	30 04 2027			

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	235,127.00	10	2.00	
erjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:ENFERMERA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA
NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA 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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

TOMADOR

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA 802092161
CERTIFICADO RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:** 1062815035	2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:** 3186887944	
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:** 1062815035	
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS **TEL.** 3186887944	
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:** 0000000000	
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:** **TEL.**	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.595

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802092161
CERTIFICADO RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:** 1062815035	2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:** 3186887944	
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:** 1062815035	
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS **TEL.** 3186887944	
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:** 0000000000	
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:** **TEL.**	

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
CIVIL PROFESIONES MEDICAS	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	235,127.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:ENFERMERA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA
NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA	802092161
CERTIFICADO	RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCION CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

TOMADOR

María Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-5

PÓLIZA	802092161
CERTIFICADO	RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo	DEDUCIBLE Hr
CIVIL PROFESIONES MEDICAS	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	235,127.00	10	2.00	
erjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	350,181,000.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	30-04-2026	30-04-2027	0.00	70,036,200.00	0.00	10	2.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:ENFERMERA
SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA
NOTA: LOS DEDUCIBLES DE LA PRESENTE POLIZA SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN SMMLV

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI ERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D001 NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

TOMADOR

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia **Fecha de impresion:** Thu, 30 Apr 2026 16:51:57

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA	802092161
CERTIFICADO	RM28905
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO	0900408978

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** YBARRETO.EXT **TIPO CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA** DD 30 MM 04 AAAA 2026

TOMADOR	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035 2
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:**	REMEDIOS
E-MAIL:	YINALMENDOZA8A@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3186887944
ASEGURADO:	YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA	**C.C. O NIT:**	1062815035
DIRECCIÓN:	CR 4 12 137	**CIUDAD:** REMEDIOS	**TEL.** 3186887944
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 30 04 2026	HASTA 30 04 2027			350,181,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	CENTAURY SEGUROS LTDA					PRIMA NETA	PESOS	235,127.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	44,674.00
						TOTAL		279,801.00

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PERDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCION CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. ***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 DE SEGURO.*** LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI ERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LOS CANALES DE ATENCIÓN QUE SE ENCUENTAN EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, ***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA. SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL. EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 20/01/2025-1308-P-06-SU-OD-09-04-RCME-D00I NOTA TECNICA: 20/01/2025-1308-NT-P-06-NT-RC-EPMGLPCM04

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900408978

TOMADOR

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.596

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900408978

Nit: 1062815035 **DV:** 2

Tomador: YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Póliza: 802092161 **Certificado:** RM28905 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 279,801

FECHA DE DD MM AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)0900408978

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

Referencia para pago electrónico: 0900408978

Nit: 1062815035 **DV:** 2

Tomador: YINARI ALEXANDRA MENDOZA OCHOA

Póliza: 802092161 **Certificado:** RM28905 **UBICACION:** SANTA MARTA

Valor Póliza:$ 279,801

FECHA DE DD MM AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.
Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
		CHEQUES $	
		EFECTIVO $	
		(*) TOTAL	

(415)7709998911901(8020)0900408978

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co