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
IRREÑO	RAMIREZ	LINA JASBLEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1110449415	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 09 MES 08 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO ROVIRA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 5N * 9 56 SANTANDER

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO ROVIRA

TELÉFONO EMAIL linajasble@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	08	AÑO	2007

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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 608880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMARIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 null null CARRERA 7 ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 608880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 4 CON CARRERA 7 ESQUINA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 01 Año 2025	Día 30 Mes 06 Año 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO AUXILIAR DE NFERMERIA	AMBULANCIA Y URGENCIAS	CARRERA 4 7 null ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 15 Mes 01 Año 2024	Día 31 Mes 12 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA DE URGENCIAS	CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 05 Año 2024	Día 31 Mes 10 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULANCIA Y URGENCIAS	CALLE null null null 7 CON CR 7 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 17 Mes 02 Año 2024	Día 30 Mes 04 Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULANCIA Y URGENCIAS	CALLE null null null 7 CON CR 7 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 05 Año 2022	Día 31 Mes 10 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AMBULANCIA Y URGENCIAS	CALLE null null null 7 CON CR 7 ESQUINA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 01 Año 2022	Día 30 Mes 04 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS	CALLE null null null 4 CON CR 7 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
28800772	Día 01 Mes 08 Año 2021	Día 31 Mes 12 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	URGENCIAS OBSERVACION	calle 4 con carrera 7 esquina

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 04 Año 2021	Día 31 Mes 07 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	URGENCIAS	CLL 4 CR 7 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2880077	Día 01 Mes 01 Año 2021	Día 31 Mes 03 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	URGENCIAS	CLL 4 CR 7 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	ROVIRA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
0982880077	Día 01 Mes 08 Año 2020	Día 31 Mes 12 Año 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	URGENCIAS	Calle 4 con carrera 7 esquina

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0382880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS				*DIRECCIÓN* Calle cuarta con carrera septima esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0982880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS				*DIRECCIÓN* Calle 4 con carrera septima esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 288007	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS				*DIRECCIÓN* Calle cuarta con carrera septima esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0982880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS				*DIRECCIÓN* Calle cuarta con carrera septima esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0982880077	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS				*DIRECCIÓN* Calle cuarta con carrera septima esquina						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2880077	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2016	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AMBULANCIA Y URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CALLE null null null 7 CON CR 7 ESQUINA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ROVIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6573616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2009	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE DE SALUD (PROMOTOR)	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE null null null 54 N* 35A 05 BUCARAMANGA					

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 _____

LINA INIGO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.449.415

IRREÑO RAMIREZ
APELLIDOS

LINA JASBLEIDY
NOMBRES



LINA JASBLEIDY I
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1986
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-AGO-2004 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2900100-63131732-F-1110449415-20041126 02871 04331N 02 175382524

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141264608014

(415)7707212489984(8020) 000014126460801 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 4 9 4 1 5	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IRREÑO	RAMIREZ	LINA	JASBLEIDY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
AGROINSUMOS LA BUENA FE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Rovira 6 2 4

41. Dirección principal: CL 5 9 56

42. Correo electrónico: linajasble@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-07-30 / 07:28:34PM

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:

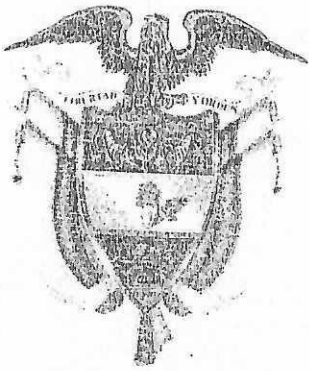
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Técnica
La Ceiba

Robira – Tolima

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima
Según Resolución No 1156 del 22 de noviembre de 1999
Resolución de Fusion No. 1211 del 3 de octubre de 2002

Confiere a:

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

D.I. C.C.1'110.449.415 Ibagué

El Título de:

Bachiller Técnico

Con Especialidad en Administración de Empresas Agropecuarias

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Miguelito Ascencio Roa
C.C. 14.213.981 de Ibagué
Rector

Ricardo Hurtado Escobar
C.C.5.861.860 de Casabianca
Secretario

Acta General de Graduación No. 02 de 3 de DICIEMBRE de 2004
Libro de Registro No. 2 Folio No. 3

Dado en Robira, Tol. a los 3 días de DICIEMBRE de 2004

Institución Educativa Técnica
« LA CEIBA »
ROVIRA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En Rovira -Tolima, a los 3 días del mes de DICIEMBRE *de 2004, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoría de la Institución Educativa Técnica «LA CEIBA »que funciona en la calle 5a No.9-170 del municipio.*

Institución Educativa autorizada por la Secretaría de Educación y de Cultura del Tolima.para otorgar el título de bachiller técnico, según Resolución No. 1156 del 22 de noviembre de 1999, Resolución de Fusión 1211 del 3 de Octubre de 2002

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron sus estudios correspondiente al Grado Once de Educación Media Técnica se procedió a otorgar:

El Título de:

BACHILLER TECNICO
CON ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS AGROPECUARIAS

A los graduandos cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY CC. 1.110.449.415 IBAGUE

La presente acta No. 02 de DICIEMBRE de 2004 que consta de 15 alumnos graduandos
que comienza con el nombre de: AGUIAR ORTIZ LUZ FAIDY
y cierra con el nombre de: REMICIO VIVAS RUTH ASTRIDT
Firmada y sellada por el respectivo Rector(a) y Secretario(a)
Dada en Rovira Tolima, a los 3 días del mes de DICIEMBRE del año 2004

DRIGELIO ASCENCIO ROA
RECTOR
CC No 14.213.981 Ibagué

RICARDO HURTADO ESCOBAR
SECRETARIO
CC. 5'861.860 CASABIANCA (Tol).

La Republica de Colombia

Ministerio de Salud y en su nombre

El Instituto de Educacion no Formal

Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Aprobado por el Ministerio de Salud segun acuerdo Ejecutivo No. 037 de Diciembre 17 de 1990 y Resolución No. 0251 de Febrero 29 de 2000 de la Secretaria de Educación de Tolima

Teniendo en cuenta que:

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Identificado (a) con la C.C. No. 1,110,449,415 De Ibagué

Ha terminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Auxiliar de Enfermeria (1.500 horas) por lo que le confiere el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico en Auxiliar de Enfermeria

Escuela de Salud "SAN PEDRO CLAVER" RECTORIA

Rector(a)

Secretario(a)

Dado en Ibagué, Tolima 29 Septiembre de 2007

Anotado al libro de Registro No. 1 Folio 37

0062

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"
Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 01077 del 4 de Mayo de 2023 emanada de la Secretaría de Educación de Ibagué, Tolima, y Acuerdo No. 084 del 30 de Marzo de 2016 expedido por la comisión intersectorial para el Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y la Protección Social de acuerdo a lo establecido en el Decreto 4904 de 2009.

E.S.S.P.C.

FOLIO: 37

Inscripción: S.E.D.: _____

Inscripción: M.S.N. _____

Inscripción: M.S.N. _____

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Ibagué - Tolima a los **VEINTINUEVE(29) DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2007** se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"**, Institución aprobada por el **MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL** según Acuerdo Ejecutivo, **LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPIO DE IBAGUÉ,** autorizado para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS No.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS DE AUXILIAR EN ENFERMERIA**, se procedió a otorgar el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, al egresado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICIÓN
LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ	1.110.449.415	IBAGUE-TOLIMA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **16** de fecha **29 SEPTIEMBRE DE 2007** que comienza con el nombre de **ALEXANDRA MARIA ACERO LOPEZ** y se cierra con el nombre de **MARCELA VINCOS PALACIOS**.

Firmado y sellado por: **LUIS ALBERTO ROBINSON QUIROZ** (Director) y **ABOG. ROCIO LOPEZ ROBAYO** (Secretaria Académica).

Dada en Ibagué - Tolima a los **VEINTINUEVE (29) DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2007**.

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER DIRECTOR

Luis Alberto Robinson Quiroz
Director

La Secretaria

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA

INSCRIPCION PROFESIONAL
385/2008-73 505/2008



LINA **JASBLEIDY**

IRREÑO **RAMIREZ**

C.C. No. 1110449415

REGISTRO PROFESIONAL
505 **02/04/2008**
TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

DEL TOLIMA

HACE CONSTAR QUE:

LINA JASBLEIDY

IRREÑO RAMIREZ

Ha cumplido con los requisitos legales para ejercer en el Departamento del Tolima

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIEGO JOHANY ESCOBAR GUINEA
Secretario de Salud del Tolima

HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E
ROVIRA – TOLIMA
NIT: 809.005.719- 4

Rovira Tolima, 22 de septiembre 2026

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA-TOL.

CERTIFICA

Que la señora **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1110449415**, prestó sus servicios como Auxiliar en Enfermería para el **HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA** bajo las siguientes condiciones:

Numero de contrato:	227
Fecha de inicio:	01/07/2025
Fecha de terminación:	31/12/2025
Objeto del Contrato:	**CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA AUXILIAR EN ENFERMERIA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA TOLIMA TOLIMA.**
Plazo:	183 días
Valor Total:	$ 13.596.000
Estado de ejecución:	Ejecutado

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada con fines de experiencia profesional.

ROCIO DEL PILAR RODRIGUEZ TORRES
COORDINADORA TALENTO HUMANO
Profesional Universitaria grado 8

Proyectó: Sandra Yurany Olivera Vélez – Contratista

VIGILADO Supersalud

Calle cuarta (4ª) con Carrera séptima (7ª) esquina
Telefax: 608 88 00 77 – 608 88 02 18
hospital.sanvicente@hotmail.com
Rovira - Tolima

HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E
ROVIRA – TOLIMA
NIT: 809.005.719- 4

Rovira Tolima, 22 de septiembre 2026

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA-TOL.

CERTIFICA

Que la señora **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1110449415**, prestó sus servicios como Auxiliar en Enfermería para el **HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA** bajo las siguientes condiciones:

Numero de contrato:	007
Fecha de inicio:	01/01/2025
Fecha de terminación:	30/06/2025
Objeto del Contrato:	**CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA AUXILIAR EN ENFERMERIA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA TOLIMA TOLIMA.**
Plazo:	180 días
Valor Total:	$ 13.200.000
Estado de ejecución:	Ejecutado

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada con fines de experiencia profesional.

ROCIO DEL PILAR RODRIGUEZ TORRES
COORDINADORA TALENTO HUMANO
Profesional Universitaria grado 8

Proyectó Sandra Yurany Olivera Vélez – Contratista

VIGILADO Supersalud

Calle cuarta (4ª) con Carrera séptima (7ª) esquina
Telefax: 608 88 00 77 – 608 88 02 18
hospital.sanvicente@hotmail.com
Rovira - Tolima

HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E
ROVIRA – TOLIMA
NIT: 809.005.719- 4

Rovira, 17 de junio del 2025

EL SUSCRITO GERENTE DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E DE ROVIRA – TOLIMA

HACE CONSTAR

Que la Señora **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. **1110449415**, tiene la siguiente contratación con este Hospital:

- Contrato de prestación de servicios No.007, de **"UNA AUXILIAR EN ENFERMERIA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E. DE ROVIRA TOLIMA TOLIMA"**, por valor de TRECE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS **($13.200.000)** M/CTE. Del 01 de enero al 30 de junio de 2025.

SE EXPIDE A SOLICITUD DE LA INTERESADA.

JOSE YEZID RUIZ MARIN
GERENTE

Proyectó: Sandra Yurany Olivera Vélez – Contratista
Aprobó: Rocío del Pilar Rodríguez Torres – Profesional Universitaria – Talento Humano
Revisó: Jaime Laguado Gamboa- Abogado Contratista

Calle cuarta (4ª) con Carrera séptima (7ª) esquina
Telefax: 608 88 00 77 – 608 88 02 18
hospital.sanvicente@hotmail.com
Rovira - Tolima

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303401624

PIB
17:04:39

Bogotá DC, 22 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110449415:

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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de septiembre de 2026, a las 16:36:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110449415
Código de Verificación	1110449415260922163603

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

Policía Nacional de Colombia

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, 22/09/2026 04:45:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110449415** y Nombre: **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ.**

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. **148209349** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:59:14 PM horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110449415**

Apellidos y Nombres: **IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY**

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.

Volver al Inicio

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 17:12:52 horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110449415,**
Apellidos y Nombres **IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN VICENTE**, con NIT **809005719-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1110449415 **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 22/09/2026 05:24 PM

Código Verificación: **YKLERBSWU9**

Válida hasta: **22/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ identificado(a) con CC 1110449415 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/06/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**HOSPITAL SAN VICENTE - ROVIRA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.449.415**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Medellín, 22 de septiembre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LINA JASBLEIDY IRRENO RAMIREZ identificado(a) con C1110449415 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11104494152626564362

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Educación

Salu

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

CC 1110449415 de Ibagué - Tolima

Realizó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia con un total de 80 Horas.

Validar certificado

Fecha de emisión: 2026-08-11

Fecha de vencimiento: 2028-08-11

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salu

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

CC 1110449415 de Ibagué - Tolima

Realizó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-08-11

Fecha de vencimiento: 2028-08-11

Validar certificado

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno GEY7JMTSAQ, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Gestión del Duelo y Acompañamiento Psicosocial en Salud (GDS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: GEY7JMTSAQ

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 5W4N7HPMET, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Atención Integral en Salud a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (AQS)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: 5W4N7HPMET

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Ibagué - Tolima

"Una Contribución a la Salud y Bienestar del Pueblo Colombiano"

Aprobada por el Ministerio de Salud

Hace Constar:

Que: **Lina Jasbleidy Irreño Ramírez**

Identificado (a) con la C.C. No. **1,110,449,415** de **Ibagué**

Dentro del programa Técnico Auxiliar de Enfermería, asistió al Curso de Capacitación Especifica en el área

Auxiliar de Laboratorio Clínica

Con una intensidad de 200 horas

Escuela de Salud "SAN PEDRO CLAVER" RECTORIA

Rector

Ibagué, Tolima **29 Septiembre de 2007**

062

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno X48LHSGU5D, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Administración Segura de Medicamentos e Inyectología

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: X48LHSGU5D

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno TEVQFDW3GM, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Técnicas de Inspección Visual del Cuello Uterino (VIA-VILI)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: TEVQFDW3GM

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno LG7URVMFA4, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Administración y Conservación de Inmunobiológicos

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: LG7URVMFA4

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 9GWUZBJXV2, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Información y Educación sobre la Vacunación contra la COVID-19

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: 9GWUZBJXV2

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno NWYUL4PTZR, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

Programa Ampliado de Inmunizaciones (Vacunación PAI)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: NWYUL4PTZR

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Certiedúcate

Modelo Recursivo Formacional MORFO
Entidad Emisora NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno MKGBTV5LYR, constamos que

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1110449415

Participó y finalizó el programa Básico de

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

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 28 de Septiembre de 2026

CUI: MKGBTV5LYR

Verifica este certificado en
modelorecursivoformacional.com

333 401 44 93

Alejandra Pinilla

Alejandra Pinilla
Directora

Profesional en Salud
RM 1010012384

Este documento acredita la participación en un programa de Educación Informal. De conformidad con la normatividad colombiana vigente, estos programas únicamente dan lugar a la expedición de una constancia de asistencia y no conducen a título alguno ni a certificado de aptitud ocupacional. Más información en www.modelorecursivoformacional.com.

Verifica este certificado en www.modelorecursivoformacional.com/verificacion/

Educación

Salu

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica que:

Lina Jasbleidy Irreño Ramírez

CC 1110449415 de Ibagué - Tolima

Realizó el Curso en Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS)
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-08-11

Fecha de vencimiento: 2028-08-11

Validar certificado

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
R.3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

0086d410-deb1-4e31-bbcd-5880a9875897

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

27 de mayo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=0086d410-deb1-4e31-bbcd-5880a9875897

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ

N° de identificación: 1110449415

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: ab3f0e96-ab71-40a4-8689-d0b5c786f4d2

sábado 23 de mayo de 2026

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

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

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

3 de junio de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

OPS CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mod/mod/simplecertificate/verify.php?code=aecdd273-b552-4f58-8d22-815cf31a951

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-22--5:59:15 PM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1110449415	LINA	JASBLEIDY	IRREÑO	RAMIREZ	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) LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ identificado(a) con CC 1110449415 registra La siguiente información:

2026-09-22--5:59:15 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008-04-02	505	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Lina Josbleidy

Apellidos: Irreño Ramirez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.110.449.415

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 08 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	18-11-24	bio 23F0031	Mary Diaz
	1			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4	19/01/14	02411009-bv2 D	
	5			
Contra Hepatitis B	1	23/03/14	03412002A	paola H.
	2	28/09/14	03422002A	paola H.
	3	05/04/15	03402004B	paola H.
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	R	14/10/14	H5191	paola H
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	24/07/21	JS0221606	Yeidy Villamizar 1090002655
Otras		05-01-24	230049	Mary Diaz.

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Lina Josbleidy

Apellidos: Irreño Ramirez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.110.449.415

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 08 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02-03-21	Sinovac	A202101044	Rovira HSU.	Mary Diaz C.C. No. 1.108.999.907 AUXILIAR EN ENFERMERIA	
	2	24-03-21	Sinovac	L20021	HSU	Mary Diaz C.C. No. 1.108.999.907 AUXILIAR EN ENFERMERIA	
		02-03-22	Pfizer	34577TB	HSU.	Mary Diaz C.C. No. 1.108.999.907 AUXILIAR EN ENFERMERIA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	22-08 2022	Pfizer	PCA0074	HSV	Laura Rubio Aux. Enfermeria 1.110.599.48[illegible]	
	2						

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ima Jasbleidy

Apellidos: IRREAÑO Ramirez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1110449415

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 08 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	18-11-24	bio 23F00031	Mary Diaz
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d953afd-d4af-4d3d-b568-2fc1d600bc96

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name: LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

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

Fecha de nacimiento / Date of birth: 09/08/1986

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 000

Correo electrónico / e-mail: notiene@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
TdaP Acelular Gestante	Anual	25	07	2017		AC37B213AA	SAN ANTONIO ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	DIOSELINA SANCHEZ LOZANO
TD Adulto	Primera	28	09	2017		D2288	SAN ANTONIO ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	GUSTAVO SUAREZ LOZANO
COVID SINOVAC	Primera	01	03	2021		A2021010044	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	NATALIA ADALGIZA GUTIERREZ ECH
COVID SINOVAC	Segunda	29	03	2021		L202103005	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	YEIDY ALEXANDRA VILLANUEVA VAN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	07	2021		V50221005	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	YEIDY ALEXANDRA VILLANUEVA VAN
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	02	03	2022	PFIZER	FL3196	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	LAURA DANIELA RUBIO GUERRERO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	22	08	2022	PFIZER	PCA0074	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	LAURA DANIELA RUBIO GUERRERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	05	01	2024	BUTANTAN	230049	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	DECNY MONROY
Fiebre Amarilla	Única	18	11	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	23F0031	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	DECNY MONROY
Sarampión Rubéola	Adicional	30	05	2025	Serum	0122W108	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	YEIDY ALEXANDRA VILLANUEVA VANEGAS - CC1109002655 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	30	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ROVIRA HOSPITAL SAN VICENTE	YEIDY ALEXANDRA VILLANUEVA VANEGAS - CC1109002655 - 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 Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in th document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado c Inmunización)

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

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

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

secop.gov.co/CO1Marketplace/

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

UTC -5 11:43:52

LINA JASBLEIDY IR..

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

0	0	0	0	0	0

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de negoc Recibidas

Sin oportunidades

Más información

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ		CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
ASEGURADO	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ		CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
29 / 12 / 2025	04 / 01 / 2026	04 / 01 / 2027	04 / 01 / 2026	04 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS ASAS LTDA.	143809	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
GASTOS DE DEFENSA	**GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD**	**$ 0.00**		**$ 20,000,000.00**

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

PERJUICIO PATRIMONIAL		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 100,000,000.00**
		$ 100,000,000.00

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

OBJETO DE LA POLIZA:

AMPARAR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO, POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCASIONEN A TERCEROS, EN HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS DIRECTAMENTE POR UN SERVICIO PROFESIONAL EN LA ACTIVIDAD MEDICO ASISTENCIAL, LEGALMENTE HABILITADO PARA EJERCER DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO.

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 5 NO. 13 - 56 OFICINA 501 EDIFICIO CENTRO DE NEGOCIOS LEÓN AGUILERA, TELÉFONO (608) 8501940 - NEIVA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7709998021167 (8020) 11015004023042 (3900) 000000127895 (96) 20260218

REFERENCIA PAGO:
1101500402304-2

61-03-101007011

FIRMA AUTORIZADA
MARIAESPINOSA

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
NEIVA	AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ** — CC **1.110.449.415**
DIRECCION **CALLE 7 NUMERO 3-80** — CIUDAD **SAN ANTONIO, TOLIMA** — TELEFONO **3124712392**

ASEGURADO **LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ** — CC **1.110.449.415**
DIRECCION **CALLE 7 NUMERO 3-80** — CIUDAD **SAN ANTONIO, TOLIMA** — TELEFONO **3124712392**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** — NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
29 / 12 / 2025	04 / 01 / 2026	04 / 01 / 2027	04 / 01 / 2026	04 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA DE SEGUROS ASAS LTDA. CLIENTE	143809	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PAGINA WEB · pse · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIRED

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

SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

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

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

CARRERA 5 NO. 13 - 56 OFICINA 501 EDIFICIO CENTRO DE NEGOCIOS LEÓN AGUILERA, TELÉFONO (608) 8501940 - NEIVA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11015004023042 (3900) 000000127895 (96) 20260218

REFERENCIA PAGO: 1101500402304-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
ASEGURADO	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CONDICIONES ESPECIFICAS:

BENEFICIARIO:TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA:12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE LA ORDEN EN FIRME

UBICACION CONSULTORIO:NO TIENE - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD:CERO - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA (CODIGO COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL).

CONDICIONADO GENERAL:FORMA FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA:AUXILIAR EN ENFERMERIA

LIMITE ASEGURADO:$100.000.000

LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION

COBERTURAS
1.AMPARO BASICO

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.
SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.
CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.
PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.
EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.
1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.
1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
ASEGURADO	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.
NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:
1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A: $10.000.000

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

AMPARO BASICO, SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS Y USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD VALOR ASEGURADO $100.000.000

GASTOS DE DEFENSA EVENTO $10.000.000
VIGENCIA $20.000.000

DEDUCIBLES GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMAS AMPAROS: 10% DE LA PERDIDA MINIMO 1 SMMLV

EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.
6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.
8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
ASEGURADO	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ			CC	1.110.449.415
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	TELEFONO	3124712392
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.

38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.

42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.

45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES:

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

56.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

57.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:
A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y
C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

58.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

59. SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

60.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

61.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

62.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

63.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

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

65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	ANEXO DE RENOVACION	61-03-101007011	2

TOMADOR	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ				
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	CC	1.110.449.415
				TELEFONO	3124712392
ASEGURADO	LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ				
DIRECCION	CALLE 7 NUMERO 3-80	CIUDAD	SAN ANTONIO, TOLIMA	CC	1.110.449.415
				TELEFONO	3124712392
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIANA

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

-CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.

-NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.

-NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

-LA PRESENTE POLIZA SE EXPIDE COMO GLOBAL PARA LA ACTIVIDAD DEL CLIENTE, BAJO VIGENCIAS ANUALIZADAS, PODRA SER RENOVADA, REVOCADA PERO NO SE PODRAN REALIZAR MOVIMIENTOS DE PRORROGA.

Vitalitec
NIT 900996582-3
Dirección: Calle 34 N 4B - 25 B. Cadiz
Ibagué - Tolima
CEL: 350 829 8463
E-mail: gerencia@vitalitec.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.702

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	01 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS	CC	1110449415
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUX. 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Ernesto Pineda Velasquez
MÉDICO S.O.
R.M.

Firma:

Nombre: PINEDA VELASQUEZ ERNESTO

R. M.: 7129/94 **L.S.O.:** RES 015/2016

Código de Seguridad
L67R1X17702

Aspirante o Trabajador

Lina Jasbo

Firma:



Nombre: IRREÑO RAMIREZ LINA JASBLEIDY

CC: 1110449415

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, LINA JASBLEIDY IRREÑO RAMIREZ identificado con cédula de ciudadanía No.1110449415 expedida en IBAGUE por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San Vicente E.S.E de Rovira - Tolima, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Hospital San Vicente E.S.E de Rovira Tolima, a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Lina Irreño

Nombre: Lina Jasbleidy Irreño R.

Identificación: 1.110.449.415

Fecha:

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	2026-22-09 06:11

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LINA	JASBLEIDY	IRREÑO	RAMIREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1110449415

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ROVIRA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ROVIRA

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 VICENTE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ROVIRA

Dirección	CALLE 4 CON CARRERA 7 ESQUINA
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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$29.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$200.000,00
Gastos de representación	$1.2000.000,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$5.200.000,00
TOTAL	$23.000.000,00

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	$200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$58.000.000,00

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

Medellín, 30 de september de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LINA JASBLEIDY IRRENO RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1110449415 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/10/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E N809005719

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - RIESGO 3 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA