ACTA DE GRADO

INSTITUCION EDUCATIVA OVIDIO DECROLY

El Castillo - Meta

Jornada-Diurna

En la ciudad del Castillo , a los 03 dias del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado. Los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA OVIDIO DECROLY

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta para otorgar el Titulo de BACHILLER MODALIDAD TECNICO EN SISTEMAS.

Según Resolución No 6030 del veintiuno (21) de octubre de dos mil diez (2010).

Comprobada la situación Legal y Académica, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TECNICO EN SISTEMAS al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

ZAPATA GUTIERREZ KELLY JHOANA

C.C. 1002700336 de San Martin - Meta

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.16 de fecha 03 de Diciembre de 2010 que consta de 50 alumnos que comienza con el nombre de ALARCON ARIZA MAICOL ALFONSO y se cierra con el nombre de : ZAPATA GUTIERREZ KELLY JHOANA.

firmado por: Lic. DAVID URREGO BUITRAGO (Rector) y DANIEL AUGUSTO BELTRAN REYES (Secretario)

Dada en el Castillo -Meta , a los 03 dias del mes de Diciembre de 2010

No. Requiere registro de la Secretaria de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la Republica.

Firmado y Sellado

Lic. David Urrego Buitrago
C.C. No. 17.410.207 de Acacias-Meta
Rector

Daniel Augusto Beltrán Reyes
C.C. No 86.073.946 de Villavicencio
Secretario

diplol@ser

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y en su Nombre el:

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN
PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

MANUELA BELTRAN

Ley 1064/2006

Granada Meta

Según acuerdo de la comisión intersectorial para el talento humano en salud del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación N. 000166- del 6 de Septiembre de 2011 y registro del Programa No. 4766 del 2012 de la Secretaria de Educación Departamental

Confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por competencias:

TÉCNICO LABORAL
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A

Kelly Jhoana Lopata Gutierrez

Identificado (a) con C.C. No. 1.002.700.336 de San Martín

Por haber cursado y aprobado el programa por Competencias Laborales;
Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería,
con una intensidad de 1800 horas.

DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director General

NEIDY RAMOS
Secretaria General

Registro al No 09 del folio No 05 L.R. 09 de esta institución
Dado en Granada a los 01 días del mes 11 de 2014

ACTA DE GRADO

ACTA DE CERTIFICACIÓN

INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

MANUELA BELTRAN

Granada Meta

NIT.86009582-9

En el Municipio de Granada, (Meta) a los 01 días del mes de Noviembre del año 2014, se realizó el acto de certificación, presidido por el Director General **ING. DAMAR SUÁREZ GÓMEZ** en la cual el instituto Técnico Manuela Beltrán - Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ley 1064 de 2006), previo juramento confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, ***TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA,*** según acuerdo NO. 000166 del 6 de Septiembre de 2001 de la comisión intersectorial para el talento humano en salud, del ministerio de la protección social y ministerio de educación y Resolución de aprobación No.4766 de 2012 de la Secretaria de Educación Departamental, al alumno(a):

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

Identificado (a) con **C.C. No.** 1.002.700.336 de San Martín

Quien cursó y aprobó el programa por competencias Laborales, **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas y cumplió con los requisitos legales exigidos por la institución y el Estado.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 16 de fecha **01 de Noviembre de 2014** que consta de 33 alumno(s), que inicia con el Nombre de **ALVARADO ROJAS JOHAN HERNANDO** y cierra con el Nombre de **ZARATE ARIZA ANYELA BIBIANA**

Firmada y Sellada por:

Dado en Granada (Meta), a los 01 días del mes de Noviembre de 2014.

DAMAR SUÁREZ GOMEZ
Director General

NEIDY RAMOS
Secretaria General

Registro al No 91 del folio No 05 L.R.de esta Institución

Gobernación del Meta
Nit: 892000148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 16546
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Resolución 0285/89 de Minsalud

CONSIDERANDO:

Que KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ con cédula de ciudadanía 1.002.700.336 de San Martín, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral otorgado por el Instituto Técnico de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano Manuela Beltrán, el 01 de noviembre de 2014.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ con cédula de ciudadanía 1.002.700.336 de San Martín, para ejercer como Auxiliar en Enfermería, en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 11 de noviembre de 2014

EDUARDO GUILLERMO CADENA
Secretario de Salud

Gloria C.

NOTIFICACIÓN PERSONAL
FECHA: 02 - 12 - 2014
NOMBRE: Damor Suarez G
C.C. 88009 587 16

GOBERNACION DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carne de Inscripción



GOBERNAC DEL ME

Profesión u Ocupación
AUXILIAR EN ENFERMERIA

Nombres y Apellidos
KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. o C.E
1002700336

Fecha de Expedicion
NOVIEMBRE 2014

Registro No
16546 META

www.systemcard.com.co

Secretario de Salud del Meta

"El Secretario de Salud del Meta
hace constar que el portador de este carné cumplió con los
requisitos legales para ejercer la profesión"

ReTHUS

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

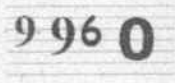
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1002700336

Primer Nombre: KELLY

Primer Apellido: ZAPATA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3955

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-22→7:30:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1002700336	KELLY	JHOANA	ZAPATA	GUTIERREZ	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) KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ identificado(a) con CC 1002700336 registra La siguiente información:

2026-10-22→7:30:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	2014-11-05	16546	GOBERNACION DEL META

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).

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	EMISION ORIGINAL	30-03-500000023	0

TOMADOR	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ # 7 CA 10 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
ASEGURADO	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ CA 7 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
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)
22 / 10 / 2026	23 / 10 / 2026	23 / 10 / 2027	23 / 10 / 2026	23 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
OMEGA AGENCIA DE SEGUROS LIMITADA	18520	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 200,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD THOT	$ 200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT			$ 60,000,000.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT - $ 20,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******200,000,000.00	PRIMA:	$ **********145,183.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********27,584.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********172,768.00

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 38 NO. 33 - 45/49, TELÉFONO 6623707 - VILLAVICENCIO

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415) 7708998021167 (8020) 1100610465233 6 (3900) 000000172768 (96) 20261207

REFERENCIA PAGO: 1100610465233-6

30-03-500000023

FIRMA AUTORIZADA

EMISIONTHOT

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	EMISION ORIGINAL	30-03-500000023	0

TOMADOR	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ # 7 CA 10 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
ASEGURADO	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ CA 7 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

ACTIVIDADES DE LA SALUD: AUXILIAR DE ENFERMERIA
TOMADOR: KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ CC:1002700336
ASEGURADO: KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ CC: 1002700336
BENEFICIARIO: TERCEROS O AFECTADOS DE LEY
SINIESTRALIDAD:NO - DE ACUERDO CON LO REPORTADO 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 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D001

En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-E0-GD-01

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO:

1.1 RESPONSABILIDAD 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 danos materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	EMISION ORIGINAL	30-03-500000023	0

TOMADOR	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ # 7 CA 10 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
ASEGURADO	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ CA 7 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

10. Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los danos a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:

I- Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II- Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
IV- Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupcion del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestacion, sin aducir causal especifica.

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

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

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

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

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. Esta exclusion no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

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

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

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

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

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

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

20. Violacion del secreto profesional.

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	EMISION ORIGINAL	30-03-500000023	0

TOMADOR	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ # 7 CA 10 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
ASEGURADO	KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ			CC	1.002.700.336
DIRECCION	MZ CA 7 BARRIO ALGARROBO	CIUDAD	SAN MARTIN, META	TELEFONO	3108353520
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 danos 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 capas, 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.

Comprometidos con sus necesidades

22194

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Realizado los días 02 AL 03 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 03 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 03 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutierrez

C.C 1.002.700.336

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de octubre 2026

Código: 7611541041000

Comprometidos con sus necesidades

22195

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Realizado los días 04 AL 05 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 05 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 05 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

22196

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Realizado los días 06 AL 07 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 07 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 07 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

22197

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL

Realizado los días 08 AL 09 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 09 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 09 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

22198

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

ATENCIÓN PRE-HOSPIATALARIA (APH)

Realizado los días 10 AL 11 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 11 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 11 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

22199

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

C.C. *1.002.700.336* DE SAN MARTIN (META)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO TALLER DE

DIAGNÓSTICO Y RUTA DE DESNUTRICIÓN

(RES. 2350 DE 2020)

Realizado los días 12 AL 13 de OCTUBRE de 2026, con una intensidad de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 13 de OCTUBRE del año 2028

DADO EN SAN MARTIN (META) A LOS 13 DIAS DE OCTUBRE DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - 3187282302 - Ofic. 608 867 6342

Sede Chaparral
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

9db59481-91b7-4139-909f-3e0c22c24f7f

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

22 de octubre 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=9db59481-91b7-4139-909f-3e0c22c24f7f

43ef09e5-0bff-41d3-8035-0cd30931cc94

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de octubre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=43ef09e5-0bff-41d3-8035-0cd30931cc94

53c32a77-3481-44d4-aaf1-8f9cf65dfdfd

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado la

Capacitación para proveedores de atención primaria: intervenciones breves contra el tabaco (Curso virtual de la OMS)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de octubre 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=53c32a77-3481-44d4-aaf1-8f9cf65dfdfd

02533630-778a-4bd3-ac12-d402e097ed67

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Medición automática precisa de la presión arterial

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de octubre de 2026

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

RESOLVE TO SAVE LIVES

HEARTS

Hypertension CANADA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=02533630-778a-4bd3-ac12-d402e097ed67

678d29fa-ac10-47d4-adef-85786f8d5b58

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

22 de octubre 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=678d29fa-ac10-47d4-adef-85786f8d5b58

1e64c9c1-2ed7-40bc-b727-aad95554c2f4

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 99,00 %

22 de octubre 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=1e64c9c1-2ed7-40bc-b727-aad95554c2f4

66ab88a4-ac8d-4d8c-acc3-4893095f17aa

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

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: 83,33 %

22 de octubre 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=66ab88a4-ac8d-4d8e-acc3-4893095f17aa

a852fb7c-8152-4ae5-bf4d-26da368572de

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 78,89 %

22 de octubre 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=a852fb7c-8152-4ae5-bf4d-26da368572de

Cruz Roja Colombia

HACE CONSTAR QUE

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ

N° de identificación: 1002700336

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: 662db14c-cf60-47ee-b0f8-5d81d776e873

viernes 23 de octubre de 2026

Marylin Bonfante Zarate
Directora de Desarrollo Social y Humanitario
Sociedad Nacional Cruz Roja Colombiana.

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud. Constancia válida por dos años.

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo: educacionnal@cruzrojacolombiana.org indicando el número de acta.

San Martin de los Llanos, Meta, 26 de junio de 2026.

CETIFICACIÓN LABORAL

Yo, **MARY LIZETH ZAMBRANO ENDARA**, identificado con cedula de ciudadanía tal como aparece al pie de mi firma, certifico que la señora **KELLY JOHANA ZAPATA GUTIERREZ**, identificada con cedula de ciudadanía número 1.002.700.336 de San Martin, Meta, laboro desde Junio de 2024 hasta Febrero de 2025, desempeñando el cargo de **AUXILIAR EN ENFERMERIA CON PACIENTE EN CASA**, demostrando ser una persona responsable en las labores asignadas; persona a quien recomiendo ampliamente.

Esta se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de junio de 2026.

Atentamente,

MARY LIZETH ZAMBRANO ENDARA
C.C. No. 51.724.599
Cel. 311 876 38 19

FUNDACION DEVOCION
AL CORAZON DE MARIA
NIT: [illegible]

Bogotá D.C., 24 de junio de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

La Fundación Devoción al Corazón de María (FUNDECORMA) en cabeza de su Director General RENE RICARDO SEGURA RAMOS, doy fe y testimonio que:

La señora Kelly Jhoana Zapata Gutiérrez identificada con número de cédula de ciudadanía 1.002.700.336, labora con nosotros desde el 23 de marzo de 2016 hasta el 30 de octubre de 2016, como Auxiliar de Enfermería, con un contrato de Prestación de Servios.

Lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente.

RENE RICARDO SEGURA RAMOS
Director General FUNDECORMA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 22 de octubre de 2026, a las 16:00:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002700336
Código de Verificación	1002700336261022160010

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305269000

PIB
19:19:51

Bogotá DC, 22 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002700336:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:16:50 PM horas del 22/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1002700336**

Apellidos y Nombres: **ZAPATA GUTIERREZ KELLY JHOANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

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, 22/10/2026 07:17:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1002700336** y Nombre: **KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ.**

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. **150137147** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:18:55 horas del 22/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002700336,** Apellidos y Nombres **ZAPATA GUTIERREZ KELLY JHOANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN**, con NIT **892000458-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN DE LOS LLANOS Empresa Social del Estado	FORMATO CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTOS DE INTERESES,INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD.		Página **1** de **1**
			Versión: **1**
	Dependencia Generadora: **Calidad**	Código: **FR-CON-28**	F. Vigencia: **03-12-2021**

San Martín de los Llanos, ____/ _____ /2026

Doctor
CAYETANO PAEZ SAAVEDRA
Gerente
Ciudad.

Ref.: Certificación de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, Inhabilidad e Incompatibilidad.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del presente contrato, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de las Leyes 734 de 2002, 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, que establece: "Falso testimonio. El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años",

Cordialmente,

FIRMA _____
NOMBRE Kelly Johanna Zapata G
CC 1002700336 de San Martín Meta.

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 1002700336 **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 22/10/2026 12:39 PM

Código Verificación: **UF6QR7B35Y**

Válida hasta: **22/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

capitalsalud eps-s
23 OCT 2026
RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN
PAU SAN MARTIN

capitalsalud eps-s
32 OCT 2026
RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN
PAU SAN MARTIN

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	23 10 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Zuleta	Segundo apellido: Gutierrez.	Primer nombre: Kelly	Segundo nombre: Thaina

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
Cedula	1002700335	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
Colombiana	Colombia	Guajira	Maico	24 10 1992.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	Tipo	Condición
		Si [ ] No [X]			

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
Si [ ] No [X]	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir.	$1750905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	
Mz 7 Casa 10	3108353520	kelly2zuleta935@gmail.com	

Departamento	Municipio	Zona	
Meta	San Martin.	Algarrobo	Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Hospital Local San Martin E.S.E.	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Kelly Thaina Zuleta	CC	1002700335	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Municipio	Departamento
Mz 7 Casa 10	3108353520	kelly2zuleta935@gmail.com	Meta	San Martin

VIGILADO Supersalud

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:

KELLY JHOANA ZAPATA GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.700.336**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Octubre 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.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Kelly Jhoana Zapata Gutierrez identificado con CC. 1002700336 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN
Tipo y Numero de Documento	NI - 892000458

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/10/26	**Fecha inicio contrato**	2026/10/26
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/25
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/25	**Estado del contrato**	Inactiva

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

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC23102026N1002700336A24139730.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033593
998

Cordialmente,

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