Mosquera Cundinamarca
25 de Septiembre de 2026

Señores
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Gerente.

Juanita Corral Castillo

Presentación de propuesta de servicios.

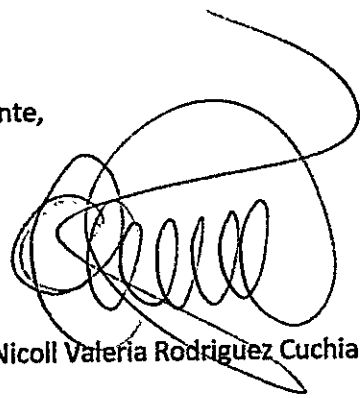
Respetados señores

Por medio de la presente me permito presentar y ofrecer mis servicios como **TRABAJADORA SOCIAL** en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera y sus sedes adscritas, en los diferentes servicios que la institución lo requiera, adhiriéndome a los procesos, políticas y protocolos de la institución, velando por el bienestar de los usuarios y ejecutando cada actividad de manera integral.

Agradezco la atención prestada y quedo atento a cualquier inquietud.

Cordialmente,

Firma.



Nombre: Nicoll Valeria Rodriguez Cuchia

Cedula: 1.073.246.077

Teléfono: 3006026472



Nicoll Valeria Rodriguez Cuchia

PERFIL OCUPACIONAL

Profesional de Trabajo Social con conocimientos en servicios de salud poniendo en práctica los conceptos teóricos, de ciencias básicas, científicas, administrativas y legislativas, mediante la planeación, organización, dirección y control del servicio de salud, brindando al usuario, la familia y la comunidad estrategias de desarrollo enfocadas al fortalecimiento de la calidad de vida y bienestar en coordinación interdisciplinaria, realizando planes, programas y proyectos con principios éticos, de responsabilidad y honestidad garantizando el cumplimiento de los derechos humanos e incentivando la participación activa de todo miembro de la sociedad

CONTACTO

Calle 7 # 4-87 barrio centro Madrid Madrid

3006026472

nicollvaleria34@gmail.com

COMPETENCIAS LABORALES

- Responsabilidad en el trabajo
- Puntualidad y compromiso
- Empatía
- Comunicación
- Capacidad de trabajo
- Puntualidad y responsabilidad
- Organización
- Motivación

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE

Octubre 2025 - Diciembre 2025

Trabajadora social APS

Ejecución de actividades socio - educativas enfocadas en problemas y necesidades de salud pública para la población del municipio de Zipacón, desde el entorno comunitario por medio de sensibilizaciones, capacitaciones, en temáticas de bienestar emocional, cuidados básicos de la salud, promoción de hábitos de vida saludable; igualmente la identificación, seguimiento y activación de rutas integrales en casos por con necesidad de apoyo desde los diferentes entes territoriales

E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE

Enero 2025 - Junio 2025

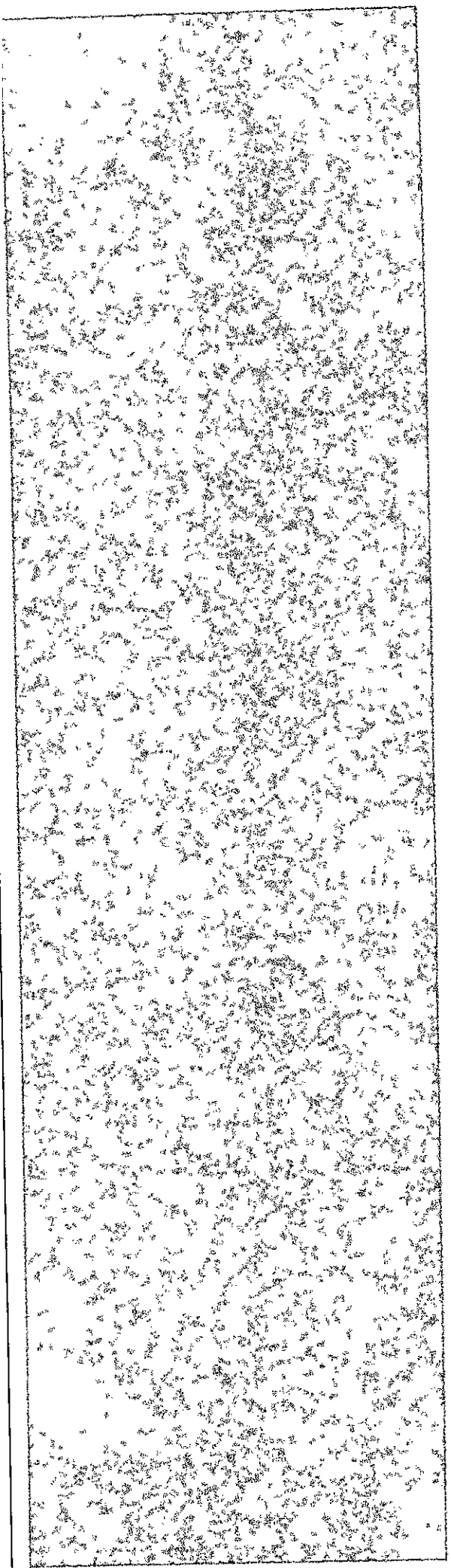
Trabajadora social APS

Ejecución de actividades socio - educativas enfocadas en problemas y necesidades de salud pública para la población del municipio de Zipacón, desde el entorno comunitario por medio de sensibilizaciones, capacitaciones, en temáticas de bienestar emocional, cuidados básicos de la salud, promoción de hábitos de vida saludable; igualmente la identificación, seguimiento y activación de rutas integrales en casos por con necesidad de apoyo desde los diferentes entes territoriales

E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE

septiembre 2024 - diciembre 2024

Trabajadora social APS



Ejecución de actividades socio - educativas enfocadas en problemas y necesidades de salud pública para la población del municipio de Zipacón, desde el entorno comunitario por medio de sensibilizaciones, capacitaciones, en temáticas de bienestar emocional, cuidados básicos de la salud, promoción de hábitos de vida saludable; igualmente la identificación, seguimiento y activación de rutas integrales en casos por con necesidad de apoyo desde los diferentes entes territoriales

FUNDACION MI FELICIDAD

Mayo 2018 - Noviembre 2018

Ejecución de actividades sociales de apoyo a la labor social de la fundación, dirigida a la población beneficiaria enfocada en temáticas que generen prevención de riesgos como el consumo de sustancias psicoactivas, educación sexual y reproductiva en menores y la promoción de la salud como factor importante en el desarrollo de la niñes; así mismo, se realiza apoyo en la caracterización de la población

FORMACIÓN ACADEMICA

Trabajadora social

Corporación universitaria minuto de dios - Marzo 2020

CURSOS

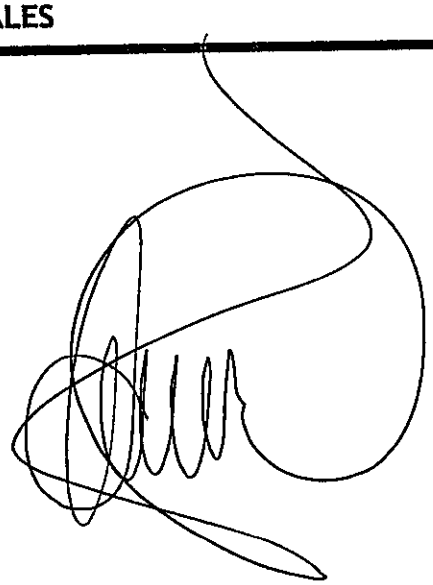
Diplomado en atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual
Politécnico de Colombia - 2024

Reconocimiento de los derechos de la infancia
Instituto colombiano del bienestar familiar - 2019

REFERENCIAS PERSONALES

Jesús Jiménez plata
Finca raíz
Celular: 3023880696

Daniela Silva
Jefe de enfermería
Celular: 3508345519



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
Rodriguez	Cuchia	Nicoll Valeria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1073246077	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 05 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14A 9 3 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MOSQUERA

TELÉFONO 3006026472 EMAIL nicollvaleria34@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES 11	AÑO 2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		TRABAJADORA SOCIAL	11	2019	1073246077

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS		X			X			X	

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 SANTA MATILDE				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO MADRID					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	25	Mes	09	Año	2025	Día	14	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL	DEPENDENCIA CONCURRENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 6 11 45					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE				PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO MADRID					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	01	Año	2025	Día	14	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL	DEPENDENCIA CONCURRENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 6 11 45					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 16/2014 - TRABAJADORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* CONCURRENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 45					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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 Mosquera 25 de septiembre 2026

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-25 09:52

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NICOLL	VALERIA	RODRIGUEZ	CUCHIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1073246077

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	MOSQUERA

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	MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	MOSQUERA

Dirección	["calle 3 # 1-19 este"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.300.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$12.300.000,00

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	$5.100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$500.000,00

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JESUS	ANIBAL	JIMENEZ	PLATA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1073242787

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

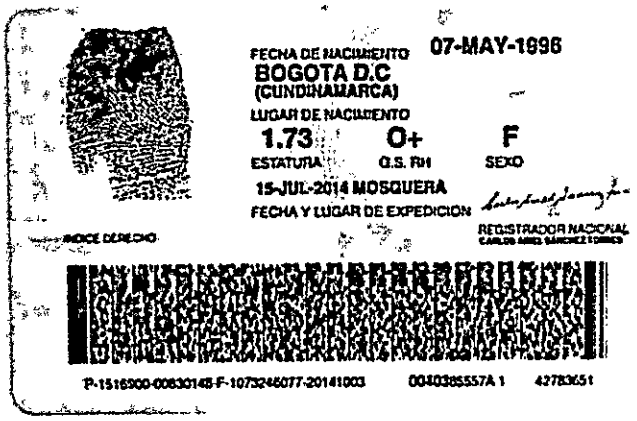
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

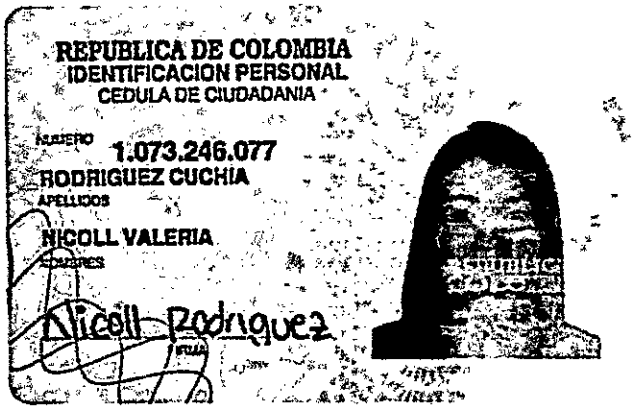
Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-JUL-2014 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1516000-00830148-F-1073246077-20141003 0040385557A 1 42783651



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.246.077
RODRIGUEZ CUCHIA
APELLIDOS
NICOLL VALERIA
NOMBRES
Nicoll Rodriguez
FIRMA

Fecha: __25__ / __09__ / _2026_____

Yo, ____**nicoll valeria rodriguez cuchia**__, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. __**1073246077**____ expedida en _____**mosquera**__, manifiesto que he recibido y conozco la información suministrada por el Proceso de Talento Humano del Hospital María Auxilladora E.S.E. de Mosquera, relacionado con los procesos de inducción y reinducción, capacitaciones, cursos institucionales, lineamientos, comunicaciones, novedades, trámites administrativos, terminación o finalización del contrato de prestación de servicios y demás información inherente a la gestión del talento humano.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento.

Firma: _____

Nombre: Nicoll Rodriguez

Cédula de ciudadanía No.: 1073246077

Teléfono: 3006026472

Contratista __x__ Planta ____

JURAMENTO ÉTICO Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, _____Nicoll Valeria Rodríguez Cuchia_____ identificado con cédula de ciudadanía número__1073246077_____, en mi calidad de Servidor Público, Contratista del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, declaro bajo la gravedad del juramento que conozco, comprendo y me comprometo de manera voluntaria y consciente

a. Priorizar la Vida y la Salud: Orientar todas mis actuaciones al bienestar, la seguridad y la dignidad de los usuarios y la comunidad de Mosquera, prestando un servicio humanizado, oportuno y con calidad.
b. Acatar los Valores Institucionales: Actuar bajo los principios de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, de acuerdo con el Código de Integridad de la institución.
c. Resguardar la Confidencialidad: Mantener estricta reserva sobre la historia clínica de los pacientes y la información confidencial de la Institución, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).
d. Cuidar los Recursos Públicos: Velar por el uso eficiente, transparente y austero de los bienes, equipos e insumos médicos y administrativos asignados para el cumplimiento de mis labores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
(De conformidad con la Ley 1437 de 2011, Ley 1952 de 2019 y normas concordantes)
Marque con una X la opción correspondiente a su situación actual:

A. **Relaciones Comerciales o Financieras** ¿Tiene usted, su cónyuge, compañero(a) permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, algún interés económico, acciones o vínculo comercial con proveedores de medicamentos, insumos, equipos médicos o servicios de la Institución? SÍ [ ] NO [x]

B. **Vinculación con Competidores o Entidades del Sector** ¿Presta usted servicios asistenciales, de asesoría o consultoría en otra institución de salud (pública o privada) cuyas funciones o horarios entren en conflicto directo con sus responsabilidades en este Hospital? SÍ [ ] NO [x]

C. **Relaciones de Parentesco** ¿Tiene familiares laborando en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera que se encuentren en una relación directa de subordinación o control respecto a su cargo? SÍ [ ] NO [x]

Detalle de la declaración: (Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, por favor describa brevemente la situación a continuación. Si marcó NO, escriba "No aplica"). [Espacio para detallar el conflicto de interés si existe].

Manifiesto que la información aquí consignada es verídica y fiel a la realidad. Me comprometo a actualizar este formato de manera inmediata si durante el ejercicio de mis funciones surge una nueva situación que configure un potencial conflicto de intereses.

Para constancia de lo anterior, se firma en el municipio de Mosquera, Cundinamarca, a los _25__ días del mes de _septiembre__ del año 2026_.

Firma: _____
Cédula de ciudadanía No.: 1073246077

Fecha: _25___ / __09__ / __2026____

Señores
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E. DE MOSQUERA
Mosquera, Cundinamarca

Yo, _____**nicoll valeria rodriguez cuchia**_____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ____**1073246077**_____, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que a la fecha de su firma:

1. **Sí ( ) No ( )** Me encuentro desempeñando un empleo o cargo público en esta entidad o en otra entidad del Estado.
2. **Sí ( ) No (x)** Soy cónyuge, compañero(a) permanente o tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con servidores públicos que desempeñen cargos del nivel directivo, asesor o de control interno del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera o de la Contraloría competente.
3. **Sí ( ) No (x)** Tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con exservidores públicos que hayan ocupado cargos del nivel directivo en el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera y se hayan retirado dentro de los dos (2) años anteriores.
4. **Sí ( ) No (x)** He sido servidor(a) público(a) del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, concejal o edil dentro de los dos (2) años anteriores y desempeñé funciones iguales o similares a las relacionadas con el objeto del contrato.
5. **Sí ( ) No ( ) No aplica (x)** En mi calidad de profesional del área de la salud, me encuentro desempeñando un cargo público en el área administrativa de una entidad estatal.
6. **Sí ( ) No (x)** He sido sancionado(a) con cinco (5) o más multas, o con dos (2) multas y un incumplimiento, o con dos (2) incumplimientos en contratos estatales durante una misma vigencia fiscal, dentro de los tres (3) años anteriores.
7. **Sí ( ) No (x)** Soy o he sido miembro de la Junta Directiva de una entidad descentralizada del orden territorial vinculada al Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, dentro del año inmediatamente anterior.
8. **Sí ( ) No (x)** Me encuentro incurso(a) en alguna otra causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés o prohibición para contratar con entidades estatales, diferente de las anteriormente relacionadas.

Declaro que la información suministrada es veraz y conozco que cualquier falsedad u omisión podrá dar lugar a las acciones legales y administrativas a que haya lugar, de conformidad con la Constitución Política y la legislación colombiana vigente.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración.

Firma: _____
Nombre: Nicoll Rodriguez
Cédula de ciudadanía No.: 1073246077

Este certificado se expide junto con una copia digital de:





IMPORTANTE:

El registro ante el **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** como profesional no vence.

VERIFICACIÓN LEGAL:

Pasos

1. Escanear el código QR del certificado digital o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro
2. Digitar el NUIP o Número de Identificación del Profesional.
3. Comparar la información entre la web y el certificado.

Para verificar:

- Autenticidad del certificado.
- Vigencia o estado de registro profesional.
- Antecedentes disciplinarios.

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991
Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 304 80 20 - (+57) 320 304 8933

CONSEJO NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL

El **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** otorga el presente:

Certificado de Registro Profesional

A favor de

Nicoll Valeria Rodriguez Cuchia

Identificado(a) con el número de registro profesional y documento de **identificación:**

N° 1073246077

Quien ha cumplido con los requisitos establecidos en la Ley 53 de 1977 y el Decreto 2833 de 1981 para ejercer legalmente en la República de Colombia como profesional de:

Trabajo Social

Otorgado con base al título universitario expedido por:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Fecha de Grado:

Mar. 24, 2020

Autenticidad, Verificación y Vigencia

Inscripción expedida y aprobada por el CNTS mediante la Resolución No.

0482 - 31 de Julio de 2024 - Bogotá D.C.

El registro ante el CNTS como profesional no vence. Debe verificar antecedentes o la autenticidad de los datos, escanee el código QR o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro con el NUIP o Número de Identificación.

Elaborado automáticamente por Ejerzo Legalmente
cnts.gov.co/ejerzo

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991
Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 304 80 20 - (+57) 320 304 8933

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICA:

1. Que NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA identificada con cédula de ciudadanía número 1073246077 de Mosquera, se encuentra inscrita como trabajadora social en este Consejo según el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
2. Que su registro profesional tiene el número 1073246077 con código interno 621031023 y con fecha de inscripción 29 de Julio de 2024, resolución de inscripción 0482 del 31 de Julio de 2024.
3. Que el registro profesional está vigente.
4. Que revisados los archivos de los casos tratados por el Comité de ética, hasta la fecha, esta persona no ha sido sancionada por faltas contra la ética profesional.
5. Que este certificado tiene vigencia por seis (6) meses a partir de su expedición.

Bogotá D.C., 24 de Septiembre de 2026.

Elaborado por EjerzoLegalmente

Valide éste documento ingresando el código 8FLt2h en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991

Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero
Bogotá, D. C. - Colombia
correogeneral@cnts.gov.co
(+57) 320 301 80 20 - (+57) 320 304 89 33

La República de Colombia
y en su nombre, el

Instituto Diversificado Albert Einstein

Mosquera, Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Mosquera, Cundinamarca,
según Resolución No. 274 del 18 de septiembre de 2012,

Confiere a:

Nicoll Valeria Rodríguez Cuchia

Identificada con T.I. No. 980507-24716 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Técnico

con Especialidad en: Educación Física Recreación y Deporte

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

I.D.A.E

Javier Ignacio Franco Vargas
Rector

Gloria Tulia Rodríguez
Gloria Tulia Rodríguez Alfonso
Secretaria General

Dado en Mosquera, a 30 de noviembre de 2013

No requiere registro, según Decreto No.921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Frente

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO DIVERSIFICADO ALBERT EINSTEIN

MOSQUERA - CUNDINAMARCA

Resoluciones de Aprobación No. 01671 del 22 de Noviembre de 1990, No. 00902 del 03 de Julio de 1992 J. M., No. 01238 del 19 de Agosto de 1992 J.T., No. 001938 del 19 de Noviembre de 1996 J.M., No. 001770 del 02 de Noviembre de 2.000 J.T., No. 001228 del 29 de Agosto de 2.000 J.M., No. 005546 del 03 de Diciembre de 2.003 J.U., y No. 005108 de 2.005 expedidas por la Secretaría de Educación de Cundinamarca y Resolución No. 274 del 18 de Septiembre de 2.012 de la Secretaría de Educación de Mosquera Cundinamarca.
Código ICFES 063370 - Inscripción ante el DANE 325473000420

COPIA DEL ACTA DE GRADUACION N° 024 DE 2013

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

JORNADA UNICA

En la ciudad de Mosquera, Cundinamarca, a los 30 días de noviembre de 2013 se llevo a cabo el acto de graduación, presidido por Javier Ignacio Franco Vargas (Rector) y Gloria Tulia Rodríguez Alfonso (Secretaria General), en el cual el Instituto Diversificado Albert Einstein confirió el titulo de:

BACHILLER TECNICO

CON ESPECIALIDAD EN EDUCACIÓN FÍSICA RECREACIÓN Y DEPORTE

A

RODRÍGUEZ CUCHÍA NICOLL VALERIA

Identificado con T.I. 960507-24716 DE BOGOTÁ

Quién cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación de Mosquera Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller Técnico, según Resolución No 274 del 18 de septiembre de 2012

Es fiel copia del Acta original N° 024 del 30 de noviembre de 2013

Copia expedida en Mosquera, Cundinamarca a los cinco (05) días del mes de noviembre de 2015.

Firmada y Sellada

INSTITUTO DIVERSIFICADO ALBERT EINSTEIN RECTORIA

JAVIER IGNACIO FRANCO VARGAS
CC. 19.257.651 DE BOGOTA
RECTOR

INSTITUTO DIVERSIFICADO ALBERT EINSTEIN Secretario General

GERMAN AUGUSTO ZÁRATE MESA
CC. 19.447.687 DE BOGOTA
SECRETARIO GENERAL

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Nicoll Valeria Rodriguez Cuchia

CC No. 1.073.246.077

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Trabajadora Social

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Decano

Rector Sede Principal

Secretario General

SECRETARIA GENERAL

Personería Jurídica otorgada por resolución 10345 del 1 de agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

Folio 084 del Libro de Registro No. 018
Bogotá, 24 de marzo de 2020
No. 116318

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 024

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veinticuatro (24) de Marzo de dos mil veinte (2020), la ***Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,*** *Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de* ***Trabajadora Social*** *a* ***Nicoll Valeria Rodriguez Cuchia*** *con cédula de ciudadanía No.* ***1.073.246.077*** *quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No* ***116318*** *que la acredita como tal, registrado en el Folio* ***084*** *del Libro No.* ***010*** *de Registro de Títulos expedidos por la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.***

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO *está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES* ***11278*** *concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veinticuatro (24) de Marzo de dos mil veinte (2020).

Jefferson Enrique Arias Gómez
Rector Sede Principal

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MD SECRETARÍA GENERAL MINUTO DE DIOS

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

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.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
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)
25 / 09 / 2026	01 / 10 / 2026	01 / 10 / 2027	01 / 10 / 2026	01 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO	
			COMPAÑIA	% PARTICIPACION
HUGO HERNANDO ADAMES SARMIENTO	143249	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: TRABAJADOR SOCIAL

DESCRIPCION	ANPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 350,181,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 350,181,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 105,054,300.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 25,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******350,181,000.00	PRIMA:	$ **********272,292.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********51,735.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********324,027.00

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 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1528.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1100063290415 3(3900)000003240 7(96)20261115

REFERENCIA PAGO:
1100063290415-3

11-03-101027176

FIRMA AUTORIZADA

HELBETHNOMESQUE

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 EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
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)
25 / 09 / 2026	01 / 10 / 2026	01 / 10 / 2027	01 / 10 / 2026	01 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
HUGO HERNANDO ADAMES SARMIENTO CLIENTE	143249	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

PÁGINA WEB | PSE | MasterCard | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | SuperINTER | exito | MOVIIRED

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

SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá | Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******350,181,000.00	PRIMA:	$ **********272,292.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********51,735.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********324,027.00

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 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180903 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000009E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100063290415 3(3900)000000324027(96)20261115

REFERENCIA PAGO: 1100063290415-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

TOMADOR / ASEGURADO: NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA CC 1073246077

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: 01/10/2026 AL 01/10/2027
UBICACION CONSULTORIO:NO

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- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, LA PRESENTE POLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES PARTICULARES AQUI DESCRITAS.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA : TRABAJADOR SOCIAL

LIMITE ASEGURADO:$ 350.181.000

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:
1.2.1LOS 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.

1.2.2SEGURESTADO 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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.3EN 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
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:$ 35.028.100
PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE

LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO: $ 350.181.000
100% DEL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO Y VIGENCIA
SUMINISTRO DEALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS $ 350.181.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD$ 350.181.000

GASTOS DE DEFENSA POR EVENTO: HASTA $ 25.000.000 POR VIGENCIA: HASTA $ 105.054.300

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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD O TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO O EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

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

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

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

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

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

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

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

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

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

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
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 LIMI 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 ACTUACION 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 Q 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, SUGERRENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TI 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 RESPONSABILID CIVIL DEL ASEGURADO.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIEA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITA 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 ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZ TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.

30.RRSPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQU NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORID COMPETENTE EN COLOMBIA.

32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE L DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.

35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

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 INTERRUPCIO 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 INTERES 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 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 CU 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 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, LLUVI INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPOR SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAME O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUNIR 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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 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 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 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 SERVICI 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 SE 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 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 PROFESIO 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 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 GA DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIR EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑ RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIEN 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 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 INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE: A.UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B.LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

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 QUR 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;

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	ANEXO DE RENOVACION	11-03-101027176	1

TOMADOR	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
ASEGURADO	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA			CC	1.073.246.077
DIRECCION	CR 14 9 03 SUR	CIUDAD	MOSQUERA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3006026472
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2)NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE:COLOMBIA

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

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

Fecha: __25__ / __09__ / _2026___

Señores
Institución de Educación Superior o Entidad Competente

Asunto: Autorización para la verificación de títulos académicos

Yo, _____**nicoll valeria rodriguez cuchia**_____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ___**1073246077**_____ expedida en _____**Mosquera**____, en calidad de titular de la información, de conformidad con lo establecido en el Artículo 15 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la institución educativa o entidad competente para suministrar al **Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera** la información necesaria con el fin de verificar la autenticidad, validez, veracidad e idoneidad de mi formación académica y de los títulos obtenidos.

La presente autorización comprende la consulta y confirmación de la información relacionada con el siguiente título académico:

Título académico: _____trabajadora social_____

Esta autorización se otorga exclusivamente para los fines de verificación documental y validación de requisitos dentro de los procesos adelantados por el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera.

En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización.

Firma: _____
Nombre: Nicoll Rodriguez
Cédula de ciudadanía No.: 1073246077
Teléfono: 3006026472
Dirección: Cra 14 #9-03
Correo electrónico: nicollvaleri934@gmail.com

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:44:48 PM horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1073246077**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ CUCHIA NICOLL VALERIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 24/09/2026 06:46:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073246077** y Nombre: **NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA.**

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. **148377016** . 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

Sistema Registro Nacional de Medidas Cautelares (RNMC)

La Fiscalía Vela por la Seguridad Ciudadana

Consulta Ciudadana

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303640041

PIB
18:47:37

Bogotá DC, 24 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) NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073246077:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de septiembre de 2026, a las 18:49:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073246077
Código de Verificación	1073246077260924184908

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:50:53 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073246077,** Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ CUCHIA NICOLL VALERIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese hospital maria auxiliadora**, con NIT **832010436-9** 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 1073246077 **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 24/09/2026 06:51 PM

Código Verificación: **91WA3BX4P7**

Válida hasta: **24/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141127406667

(415)7707212489984(8020) 000014112740666 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 3 2 4 6 0 7 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 3 2 4 6 0 7 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	CUCHIA	NICOLL	VALERIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal
CR 14 A 9 03 SUR TO 2 AP 804 CON HACIENDA ALCALA EL ROBLE

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
nicollvaleria34@gmail.com		3 0 0 6 0 2 6 4 7 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 0 0 3 0 9						

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024-09-20 / 02:58:47PM

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 CABRERA PIZZA DALIA ELIANA
985. Cargo Gestor III

Fecha generación documento PDF: 24-09-2026 06:53:18PM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

IPS Sigmedical

Sistemas Integrados de Gestión en Medicina Laboral S.A.S.

900.923.659-9

Certificado de Vacunación Nº 8772

Nombre: Nicoll Rodriguez Cuchica

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐ Cuál:

No.: 1023246077

Teléfono: INT 2 EXT

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	1ra	28-9-26	21050	BZSA

Vacuna	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS responsable	Nombre vacunador	Cargo del vacunador
COVID 19	1	25/ABR/2026	Influenza	V05526001	COS 2 parcial	Dra Ana Sanchez AUX. ENFERMERIA CC 1074616434	
	2	20/ABR/2026	Fiebre Amarilla	306	2 parcial	Dra Ana Sanchez AUX. enfermeria CC 1074616434	

Certificado Internacional de vacunación o profilaxis

Reglamento sanitario internacional

OTRAS VACUNACIONES / OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Nombre de la enfermedad / Disease targeted / Maladie visée	Fecha / Date / Date	Fecha de la próxima dosis / Next booster (date) / Prochain rappel (date)	Fabricante y número de lote de la vacuna / Manufacturer, Brand name and batch no. of vaccine / Fabricant du vaccin, marque et numéro de lot	Firma y sello del profesional que supervisa la aplicación / Signature and professional status of supervising clinician / Signature et titre du clinicien responsable
SYE	15 JUN 2026	0126N019B 7128 (Transcripción Luz Arrieta)		15 JUN 2026

6

7

Scanned with CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Nicol Valeria

Apellidos: Rodriguez Cochia

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP CNV CAN

No. 1073246077

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 05 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	13 JUL 2021	Janssen	212A21A	María Auxiliadora	Sonia Pedraza Auxiliar de Enfermería CC 1.070.07	
		29 ENE 2022	Janssen	2019Z4A2	HHA		

Escaneado con CamScanner

IPS Signedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-83, Barrio Cartagenitos
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8257089 Funza:8218335
Codigo de Prestador :2547391601 21

Certificado de aptitud laboral

Ingreso



Fecha: 20/Sep/2024, Hora: 08:01:43 a.m.
Apellido: RODRIGUEZ CUCHIA
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1073246077
Direccion: CRA 14 # 9 03 SUR
Estado Civil: Union libre EPS: ALIANSALUD
Empresa: Cliente mostrador
Cargo: INDEPENDIENTE
IPS que Atendio: , Ciudad de Atencion:

HC: # 199283
Nombre: NICOLL VALERIA
Sexo: Femenino ♀
ARL: COLPATRIA

Edad: 28 años
Rh: O+
Nacim: 07/May/1996
AFP: COLFONDOS
Ciudad: CUNDINAMARCA - MOSQUERA

Examenes Realizados

☑ Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E. Estilo de Vida Saludable

* S.v.e visual

Medicas	Laborales
	* 2. uso de elementos de protección personal según factores de riesgo. * 3, realizar pausas activas durante la jornada laboral según el programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa. * 1- capacitación en su cargo segun factores de riesgo

Resumen Resultados

Examen	Resultado

Concepto

Sin restricción para el cargo

Restricciones

Recomendaciones Personalizadas

Uso de correccion optica permanente

Observaciones

Para dar cumplimento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Ingrid Miranda Fernandez
Med Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. No 25-764/16

Ingrid miranda fernandez
Med. esp. en seguridad y salud en el trabajo
Lic. de S.O #: 25-764/16
Registro #: 25-764/16

Nicoll valeria rodriguez cuchia
CC 1073246077

Huella Digital

Escaneado con CamScanner

IPS Signedical

NIT: 900.923.879-9

Sede Mosquera : Carrera 1 # 43, Barrio Cartagena
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefono: Mosquera: 8295414 Madrid: 8287069 Funza: 8711385
Codigo de Prestador: 251754254201

Visiometria
Sin historia clinica



Fecha: 28/Sep/2026, Hora: 08:27:13 a.m.
HC: # 312781 Edad: 30 años
Apellido: Rodriguez cuchia Nombre: Nicoll valeria
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1073246077 Sexo: Femenino ♀ Rh: O+
Direccion: Cra 14 # 9- 03 sur Nacim: 07/May/1996
Telefono: 3006026472 Celular: 3006026472 Correo: Nicollvaleria34@gmail.com
Estado Civil: Union libre EPS: Allianmed ARL: Colpatria AFP: Colfondos
Cargo: Contratista Ciudad: Cundinamarca - mosquera

Empresa: Cliente mostrador
NIT: 222222222 Direccion: CR 3 5 48
Telefono: 8295414 Celular: Email: Contabilidad@signedical.com.co

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo Ingreso

Antecedentes

Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No	Usa Gafas Permanente	No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No	Ultimo Control Visual 3 Meses	No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				
Presbicia	No				

Correccion

Usa Lentes	Si
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	Si
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	Si

Valoracion

Agudeza Visual	Valoracion Lejos	Valoracion Cerca	VLCC	VCC	ADD
O.D.	20/50	0.50 M	20/20	0.50 M	--
O.I.	20/50	0.50 M	20/20	0.50 M	--
A.O.	20/50	0.50 M	20/20	0.50 M	--

Agudeza Visual

Percepcion del Color			Convergencia	
Percepcion Anormal	No		Lejos	No
			Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo

Scanned with CamScanner

IPS Sigmedical

NIT: 900.923.459-9

Sede Mosquera : Carrera 2 #4-82, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-44, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8237009 Funza:8218355
Codigo de Prestador :254730244201

Agudeza Visual Normal

Fisiología de Refraccion

Adecuadamente Corregida	X	X	X	X
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Foria	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: SI X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar: SI X No

Valoracion por Optometria: Si No X

Valoracion por Oftalmologia: Si No X

Se recomienda control de Visiometria en 12 Meses

Conducta: Requiere Continuar Con Uso De Corrección óptica Permanente Para Su Labor. Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Ocular Según Factores De Riesgo, Realizar Pausas Visuales Activas. Se Sugiere Controles Periódicos.

Dra. Pilar Valderrama Forero
Optometra RM 3154
Esp. Gerencia en SST 63-250301118

Constanza del pilar valderrama forero
CC 1014207699
Optometra
Registro #: 3154

Nicoll valeria rodriguez cuchia
CC 1073246077

Huella Digital

Scanned with CamScanner

IPS Signedical

NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 # 1-02, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza: Calle 14 #10-44, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8227049 Funza:8218385
Codigo de Prestador :25172026401

Audiometria Tamiz
Sin historia clinica



Fecha: 28/Sep/2026, Hora: 08:27:13 a.m.
Apellido: Rodriguez cuchia
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1073246077
Direccion: Cra 14 # 9- 03 sur
Telefono: 3006026472
Celular: 3006026472
Estado Civil: Union libre
EPS: Alianzalud
Cargo: Contratista

HC: # 312781
Nombre: Nicoll valeria
Sexo: Femenino ♀
Edad: 30 años
Rh: O+
Nacim: 07/May/1996
Correo: Nicollvaleria34@gmail.com
ARL: Colpatria
AFP: Colfondos
Ciudad: Cundinamarca - mosquera

Empresa: Cliente mostrador
NIT: 222222222
Telefono: 8295414
Direccion: CR 3 5 48
Celular:
Email: Contabilidad@signedical.com.co

Antecedentes

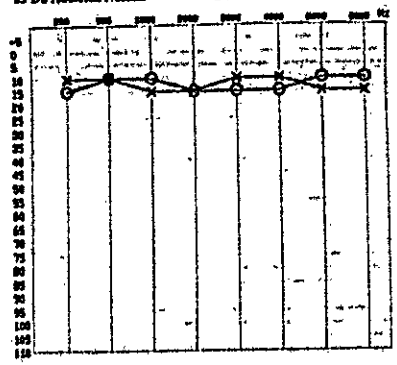
Personales	SI/NO	Oido OD	Personales	SI/NO	Familiares	Otros
Cirugia	No	Ninguno	Consumo del cigarrillo	No	N/a	No
Otalgia	No	Ninguno	Practica Poligono	No	N/a	No
Otorrea	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No	N/a	No
Prurito	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No	N/a	No
Acufeno	No	Ninguno	Uso mp3	No	N/a	No
Vertigo	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No	N/a	No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Actividades Acusticas	No	N/a	No
			Frecuencia sitios ruidosos	No	N/a	No

Antecedentes Laborales

Empresa	Tiempo de Trabajo	Descripción de la Empresa	Exposición a Ruido	Otra Labor	Medidas de Control
N/a	N/a	N/a	N/a	N/a	N/a

OTOSCOPIA

Oido Derecho	Normal	Oido Izquierdo	Normal
Observ	C.a.e Normal	Observ	C.a.e Normal
Gafas OD	25 Db Audición Normal	Gafas OI	25 Db Audición Normal



PTA Oido Izquierdo 12.5 12.5 PTA Oido Derecho

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oido Izquierdo:	10	10	15	15	10	10	15	15
Oido Derecho:	15	10	10	15	15	15	10	10

Scanned with CamScanner

IPS Signedical

NIT: 900.823.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-43, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #18-44, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218325
Codigo de Prestador :258726264281

Diagnostico Audiologico:

Sensibilidad Auditiva Periférica Bilateral Dentro De Parámetros Normales En Todas Las Frecuencias
Paciente Niega Antecedentes Familiares, Médicos Y Personales A Nivel Auditivo.
Refiere La última Audiometría Hace 4 Años Para Ingreso Laboral , Con Resultados Dentro De Parámetros Normales

Recomendaciones:

Se Sugiere Control Auditivo Anual. Utilizar Protectores Auditivos Durante La Jornada Laboral Mientras Este En áreas De Exposición A Ruido. Tener Descansos Auditivos Extralaborales. Se Brindan Pautas De Higiene Auditiva.

Sofia morales guerrero
CC 1021312346
Fonoaudiólogo

Nicoll valeria rodriguez cuchia
CC 1073246077

Huella Digital

Scanned with CamScanner

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA identificado con CC No. 1073246077 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1073246077, con vigencia desde 7/1/2023 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1073246077	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA	30	41	01/07/2023	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 25 días del mes de Septiembre del 2026

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA identificado(a) con C.C No. 1.073.246.077, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 02 de octubre de 2026

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

CERTIFICA:

Que NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073246077 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 03/10/2026 **Fecha fin cobertura:** 18/12/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA N832010436

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 - PRINCIPAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN 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

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 02/10/2026 3.10 PM

ARL SURA

Dirección IP: 190.158.113.90, 107.154.191.5, 172.16.42.57

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-09-25, 09:21:28 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2026
Empresa	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1073246077
Código Sucursal (Nombre)	(0)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1085428045
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	682987253
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 512.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 280.200	$ 7.400
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 218.900	$ 5.800
		SubTotales:		$ 499.100	$ 13.200
		Total a Pagar:			$ 512.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3616850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-09-25, 10:31:48 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2026
Empresa	NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1073246077
Código Sucursal (Nombre)	(0)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1085428066
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	683192844
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 624.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 321.100	$ 2.000
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 250.600	$ 1.500
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 48.900	$ 300
		SubTotales:		$ 620.800	$ 3.800
		Total a Pagar:			$ 624.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Contrato No: 727
Fecha de inicio: 26 de septiembre 2025
Fecha de terminación: 14 de octubre de 2025
Valor total del contrato: $ 12.539.335
Objeto del contrato: prestar los servicios asistenciales como trabajadora social (entorno comunitario) para el municipio de Zipacón (concurrencia) desarrollando las actividades del contrato interadministrativo no ss-cdcti-1529-2024 suscrito con la gobernación de Cundinamarca secretaria de salud.

Contrato No: 970
Fecha de inicio: 20 de noviembre 2025
Fecha de terminación: 31 de diciembre de 2025
Valor total del contrato: $ 5.550.500
Objeto del contrato: prestación de servicios de trabajadora social para el municipio de Bojacá en cumplimiento al plan de intervenciones colectivas (pic) según contrato de prestación de servicios no. 001-2025

Contrato No: 395
Fecha de inicio: 02 de marzo 2026
Fecha de terminación: 30 de junio de 2025
Valor total del contrato: $ 30.094.404
Objeto del contrato prestar los servicios asistenciales como trabajadora social (entorno comunitario) para el municipio de Zipacón (concurrencia) desarrollando las actividades del contrato interadministrativo no. ss-cdcti-1072-2025 suscrito con la gobernación de Cundinamarca secretaria de salud.

La presente certificación se expide el día 31 Julio 2026.

CLAUDIA MARCELA MARTINEZ QUECANO
Subgerente Científica

Scanned with CamScanner

LA SUBGERENTE CIENTIFICA DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID

CERTIFICA QUE:

La señora **NICOLL VALERIA , RODRIGUEZ CUCHIA** Identificada con C.C No. **1.073.246.077** presto sus servicios para la ESE Hospital Santa Matilde de Madrid, como trabajadora social, mediante contratos de prestación de servicios bajo los siguientes contratos:

Contrato No: 153
Fecha de inicio: 09 de enero de 2025
Fecha de terminación: 08 de junio 2025
Valor total del contrato: $ 25.078.670
Objeto del contrato: prestar los servicios asistenciales como trabajadora social para el municipio del rosal (concurrencia) desarrollando las actividades del contrato interadministrativo no. ss-cdcti-1529-2024 suscrito con la gobernación de Cundinamarca secretaria de salud

Contrato No: 543
Fecha de inicio: 01 de julio de 2025
Fecha de terminación: 31 de Julio de 2025
Valor total del contrato: $ 5.015.734
Objeto del contrato: prestar los servicios asistenciales como trabajadora social para el municipio de Zipacón (concurrencia) desarrollando las actividades del contrato interadministrativo no. ss-cdcti-1529-2024 suscrito con la gobernación de Cundinamarca secretaria de salud

Contrato No: 990
Fecha de inicio: 26 de noviembre
Fecha de terminación: 25 de diciembre de 2025
Valor total del contrato: $ 10.365.850
Objeto del contrato: prestar los servicios asistenciales como profesional comunitario para el municipio de Zipacón (concurrencia) desarrollando las actividades del contrato interadministrativo no. ss-cdcti-1072-2025 suscrito con la gobernación de Cundinamarca secretaria de salud

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **24/09/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073246077**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488448120375**
Fecha de apertura	**08/10/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

VIOLENCIA SEXUAL

septiembre 25, 2026



Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA DE BIOLOGÍA

UNAN-MANAGUA

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE LOS POZOS DE LA COMUNIDAD DE LA CHACARA, DEPARTAMENTO DE CHINANDEGA, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A OCTUBRE DEL AÑO 2010.

Trabajo Monográfico para optar al título de Licenciado en Biología

Autores:

Br. Ana Cristina Rodríguez Rodríguez

Br. Ana Gabriela Rodríguez Rodríguez

Tutor:

MSc. Ana Isabel Rodríguez Rodríguez

Asesor:

MSc. Ana Isabel Rodríguez Rodríguez

Chinandega, Noviembre del 2010

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

IAMII

septiembre 25, 2026



Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

MICOTT ANTENNA MODULE
EXPLOSION

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN



SE OTORGA A:

NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE ASISTENCIAL

septiembre 28, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN



SE OTORGA A:

NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

HUMANIZACIÓN

septiembre 25, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO · MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN



SE OTORGA A:

NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

MANEJO DE DUELO

febrero 24, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

nicoll rodriguez

C.C 1.073.246.077

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 25 de septiembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611525670206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

nicoll rodriguez

C.C 1.073.246.077

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 25 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 7611525698000

Bureau de recherches géologiques et minières

Service géologique national

B.P. 6009 - 45060 Orléans Cedex 2 - France

Tél. : 02 38 64 34 34

Bureau D.C. Sécurité des systèmes

Bureau de recherches géologiques et minières

Service géologique national

B.P. 6009 - 45060 Orléans Cedex 2 - France

Tél. : 02 38 64 34 34

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

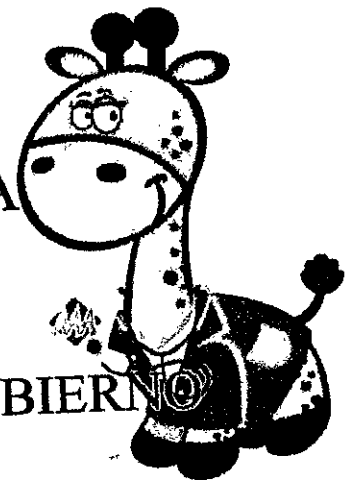
NICOLL VALERIA RODRIGUEZ CUCHIA

Identificado con Documento de identidad No.

1073246077

Por completar satisfactoriamente el curso de:

CODIGO INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO



febrero 24, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

CÓDIGO PENAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA

LEGISLATURA

MICROFILMADO Y DIGITALIZADO POR LA DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN