REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.875.729**

CASTRO CUMBE
APELLIDOS

YOLANDA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1978**
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

31-JUL-1992 RICAURTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1521800-70125501-F-0020875729-20040930 **04573** 04274A 02 136851514

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

YOLANDA CASTRO CUMBE Identificado con CC 20875729

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina GIRARDOT, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24100506194
Fecha de apertura:	11 de Marzo de 2020
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Viernes, 18 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2024-02-05

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	YOLANDA CASTRO CUMBRE	Documento:	CC 20875729
Fecha de nacimiento:	1971-04-08	Lugar de nacimiento:	GIRARDOT (CUNDINAMARCA)
Edad:	52 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	MZ E CS 15 ETAPA 2/VILLA CAROLINA	Municipio:	RICAURTE
Teléfono:	3108043904	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	EPS:	Salud Total
Responsable**:	JAKELINE CASTRO (HERMANA)	Teléfono:	3133421227
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YOLANDA CASTRO CUMBRE con documento de identificación No. 20875729 se considera es satisfactorio

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR; De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como CASO CONFIRMADO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud plan de manejo de su patología de columna por ORTOPEDIA.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

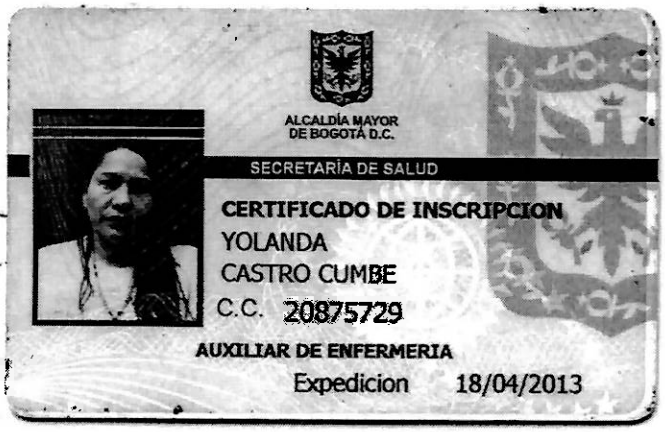
LEONARDO PALACIOS ARRIETA
Medico Especialista en SST
Fundacion Universitaria del Area Andina
Resolucion 25-496-2020

Firma para identificación de usuario
YOLANDA CASTRO CUMBRE
Documento: 20875729

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: maria.forero
Fecha: 2024-02-05 Hora: 14:42



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

YOLANDA
CASTRO CUMBE
C.C. 20875729

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 18/04/2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTRO	CUMBE	YOLANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 20875729	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 04 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO GIRARDOT

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3A - 14B 53 B/ EL PESEBRE

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO RICAURTE

TELÉFONO EMAIL yolycast33@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1992

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO 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
CECTE	EDUCACIÓN INFORMAL		X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2001

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: RICAURTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 5731740417	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	09	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: RICAURTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3174041720	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CALLE 4 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: RICAURTE						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3246860155	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	01	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 0085-100413024	DEPENDENCIA: AREA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN: CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108043904	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIRA DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "DPTO DE ENFERMERIA"					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108043904	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108043904	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	09	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108043904	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	02	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION LOCAL DE VACUNA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A - 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 3A - 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA SALUD	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A - 14B 22 B/ EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 3A - 14B 22 B/ EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	07	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 0040.1143.2014	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 11143	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	02	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 3 - 14B 22 B/ EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE RICAURTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* RICAURTE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1412	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 14B 22 BARRIO EL PESEBRE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SANTA ENGRACIA ICBF			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXIIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 37A BIS SUR - 68C 38 PRIMER PISO B/ ALQUERIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENEFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 - 90 88 B/ LA FLORESTA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	04	*Año* 2013	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 - 90 88 B/ LA FLORESTA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COPERATIVA COLABOREMOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año* 2010	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 - 13 39 B/ STA HELENA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO MEGACOOP			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GIRARDOT					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CARRERA 7A - 21A 53 B/ CENTRO					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	8	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Ricaurte octubre de 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.

Rtc/oct/26

Ciudad y fecha

Magda Mora

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Yolanda Castro Cumbe
Nombre abreviado	Yolanda Castro cumbe
Fecha de creación	25/07/2022 *((UTC-05.00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	20875729
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Otro
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Cundinamarca
Municipio	Ricaurte

Información de contacto

Dirección	Calle 3a N.14b-53
Código postal	
Teléfono de oficina	3108043904
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	yolycast33@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	yolycast33@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	Mrs
Nombre	Yolanda Castro Castro Cumbe
Cargo	Auxiliar de enfermeria

Teléfono

Móvil 3108043904

Fax

Correo electrónico yolycast33@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos resumen Editar datos completos

© VORTAL 2019 Terminos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 2158 DE 2001

(19 SET. 2001)

"Por la cual se registra un certificado de Aptitud Ocupacional"

EL SECRETARIO DE SALUD

en ejercicio de la delegación conferida por la Resolución No. 8211 de julio 15 de 1989 de 1993, emanada por el Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **YOLANDA CASTRO CUMBE,** identificado con cédula de ciudadanía No. **20.875.729 de Ricaurte**, solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional en **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** que le otorga **LA CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA "CECTE", Girardot 14 de julio de 2001.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación de conformidad con la Directriz trazada en la Circular 030 de mayo 1 de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional en **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** conferido a **YOLANDA CASTRO CUMBE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **20.875.729 de Ricaurte**, para ejercer, en el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D C., a los 19 SET 2001

ALVARO FLOREZ BERNAL
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

AFB/PGRM/LuzMeryG/Vo.Bo. OF.JUR.

Sede Administrativa – Calle 26 47-73 Torre de Salud Piso 6 Bogotá, D.C.
Tel. 091- 426 04 12 / 04 13 Fax 426 18 82

CEC
TE

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA

P.J. No. 0555 DE NOV. DE 1995

PROGRAMA

ESCUELA DE SALUD DE GIRARDOT

CON AUTORIZACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 000325 DEL 17 DE ABRIL DE 1996 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA Y EL ACUERDO No.8 DEL 9 DE ABRIL DE 1995 DEL CONCEJO NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

CONFIERE

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

YOLANDA CASTRO CUMBE

C.C.20.875.729 DE RICAURTE CUNDINAMARCA

QUIEN TERMINO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS DE CAPACITACION CON UNA INTENSIDAD DE 1800 HORAS

DADO EN GIRARDOT A LOS 14 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2001

DIRECTOR

SECRETARIA

EXENTO REGISTRO DEPARTAMENTAL ARTICULO 13 DECRETO NACIONAL 114/96

ANOTADO EN EL FOLIO 3

CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA
CECTE
P.J. 0555 Nov. 10/95 Acuerdo Ejecutivo No. 8 Minsalud
Resolución 002462/92 y 00325/96
De la Secretaría de Educación de Cundinamarca
NIT. 80.800.1397-4

No. _____

ACTA DE ENTREGA DE CERTIFICADOS

En la ciudad de Girardot a los *14* días del mes de JULIO del año 2001 se reunieron con el fin de formalizar la entrega de certificados los suscritos Director y Secretaria, del Instituto de Educación No Formal **CORPORACION DE ESTUDIOS Y CAPACITACION TECNICA CECTE**, entidad aprobada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca y autorizada para entregar Certificados de Aptitud Ocupacional como Técnico en el programa de ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** según Resolución Número 00325 de 1996 y el Acuerdo No 8 de 1995 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud, comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes, se procedió a entregar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL** como Técnico en ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** al estudiante cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

YOLANDA CASTRO CUMBE
C.C.20.875729 DE RICAURTE CUNDINAMARCA

Es fiel copia tomada del original
Dada en Girardot a los 14 días del mes de Julio del 2001

DIRECTOR

SECRETARIA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO DE RICAURTE

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN RESOLUCION No. 22470 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 1988

CONFIERE A

Yolanda Castro Cumbe

IDENTIFICADO CON CC. No 20.875.729 DE RICAURTE.

EL TITULO DE

BACHILLER

MODALIDAD SALUD Y NUTRICION

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN RICAURTE A 5 DE DICIEMBRE DE 1992

ANOTADO AL FOLIO..... LIBRO DE REGISTRO .....

SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 539604

EN..... A..... DE ..... DE 199..

ACTA DE GRADO

COLEGIO DEPARTAMENTAL
NACIONALIZADO DE RICAURTE

Inscripción S.E. 1.167 FOLIO 78/92

DANE 12561200139

Dirección VIA A LA CAPILLA Teléfono

Jornada MAÑANA CONTINUA

En la ciudad de RICAURTE a los CINCO (5) días del mes de DICIEMBRE del año 1.992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO DE RICAURTE

Institución aprobada hasta 11o. GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad SALUD Y NUTRICION, según Resolución No. 22470 del VEINTISIETE (27) de DICIEMBRE de 19 88

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE B ACHILLER - SALUD Y NUTRICION al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: " YOLANDA CASTRO CUMBE "

C.C.No.20'875.729 DE RICAURTE

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 016 de fecha DICIEMBRE 5 DE 1.992

consta de OCHO (8) alumnos que comienza con el nombre de EDNA RUTH AVILA JARAMILLO y se cierra con el nombre de ANA LUCIA VARGAS LEON.-

firmado y sellado por CARLOS JULIO MARTINEZ ALVARADO

(Rector) y RAFAEL IGNACIO HERNANDEZ MAHECHA (Secretario).

Dada en RICAURTE a los CINCO (5) días del mes de DICIEMBRE de 19 92

Firmado y Sellado

El Rector o Director

c.c. No. 191.811 de Bituima (Cund.)

El Secretario

c.c. No. 223.580 de Choconta

DIPLOMA No. 539604

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLANDA CASTRO CUMBE

ha participado y aprobado el curso virtual:

Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

19 de mayo de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CANCER
Seccionales & Capítulos

Vacunar también es prevenir

OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO de *participación*

Yolanda Castro Cumbe

en los

Módulos del

CURSO **VIRTUAL GRATUITO**

de VPH y cánceres asociados

CON EL APOYO DE: MSD

Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLANDA CASTRO CUMBE

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

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

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

7 de septiembre de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=653a4903-7e88-42c1-9a3e-400b2484a025

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLANDA CASTRO CUMBE

ha participado y aprobado el

Curso Virtual mhGAP Humanitario

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

25 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

mhGAP

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=b2a0f736-05a7-4f7d-88f0-2bbaf8635084

La Agencia Nacional de Seguridad Vial

hace constar que:

Yolanda Castro Cumbe

con cédula de ciudadanía N° 20875729

Participó de la capacitación:

Primer Respondiente (Protocolo PAS)

el día

Duración Una hora y media (1.5 horas)



Teresa Botello Parada

Coordinadora del grupo de Atención Integral a Víctimas
Agencia Nacional de Seguridad Vial

LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA Y LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

otorgan a:

YOLANDA CASTRO CUMBE

Por su participación activa en el **PRIMERA REUNIÓN DEPARTAMENTAL "TOS FERINA ENFERMEDAD REEMERGENTE, TODOS A VACUNAR"**, dirigido a vacunadores y vacunadoras del Departamento de Cundinamarca; demostrando su compromiso, dedicación y valioso aporte al fortalecimiento de la salud pública a través de la vacunación.

Para constancia de lo anterior, la presente se expide en la ciudad de Bogotá DC, a los diez (10) días del mes de Julio del dos mil veinticinco (2025)

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Salud Pública

Gobernación de Cundinamarca | Salud
Gobernación de Cundinamarca

Verifique la autenticidad de esta certificación

Contraseña Documento: Número del NIT

Atica

GESTIÓN DE RESIDUOS, AGUAS Y VALORIZACIÓN



CERTIFICA QUE:

NOMBRE COMPLETO:

YOLANDA CASTEO CUMBE

Identificado(a) con CC No 20875729

Asistió a la capacitación en " **ATENCIÓN DE DERRAMES** "
, con énfasis en la normatividad vigente para la gestión interna y externa de los residuos peligrosos.

Fecha:
16/07/2024

Zero Waste To Landfill Company

SILVER 2023 ecovadis Sustainability Rating



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLANDA CASTRO CUMBE

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

19 de julio de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64b86ab1-b560-4ea7-8765-31d9ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

YOLANDA CASTRO CUMBE

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

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

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

19 de octubre de 2022

Horas: 1

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=634ffbd3-f964-40b3-baa6-3b46ac1f1c2e

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **YOLANDA CASTRO CUMBE**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 20.875.729** expedida en Ricaurte, presta actualmente sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA ASISTENCIAL DE VACUNACION (ESQUEMA REGULAR), PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, DETECCION Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE CUNDINAMARCA**, mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 021-2026**, ejecuto las actividades anteriormente mencionadas durante el tiempo comprendido entre el 23 de enero de 2026 hasta el 30 de septiembre del 2026.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diecisiete (17) días del mes de septiembre de 2026

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro: Katerine G
Katerine Gutiérrez Rico.
Contratista

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **YOLANDA CASTRO CUMBE**, persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 20.875.729** expedida en Ricaurte, presto sus servicios a la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***, desempeñando actividades como **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y DETECCION TEMPRANA EN LA MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, VACUNACION ESQUEMA REGULAR EN LA E.S.E CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE**, mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios **No. 015-2025**, ejecuto las actividades anteriormente mencionadas durante el tiempo comprendido entre el 16 de enero de 2025 hasta el 30 junio del 2025.
- Contrato de prestación de servicios **No. 154-2025**, ejecuto las actividades anteriormente mencionadas durante el tiempo comprendido entre el 14 de julio de 2025 hasta el 31 diciembre del 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de diciembre de 2025.

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA OSPINA.
Gerente

Elaboro y proyecto:
Katerine Gutiérrez R.
Apoyo Administrativo.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que **YOLANDA CASTRO CUMBE,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 20.875.729** expedida en Ricaurte, laboro al servicio de la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE,*** desempeñando actividades como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** mediante contrato de servicios como se relaciona a continuación:

- Contrato de prestación de servicios No.097-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 19 de julio de 2024 al 30 de diciembre de 2024.
- Contrato de prestación de servicios No.004-2024, ejecuta las actividades anteriormente señaladas durante el tiempo comprendido entre el 12 de enero de 2024 al 30 de junio de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los dos (02) días del mes de enero de 2025.

Atentamente,

Rocio Leal C.

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elaboro y proyecto
Katerine Gutiérrez R.
Apoyo Administrativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA ESE
CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

CERTIFICA:

Que la señora **YOLANDA CASTRO CUMBE,** persona natural identificada civilmente con la cedula de ciudadanía **No. 20.875.729 de Ricaurte,** presto sus servicios como Auxiliar de enfermería en la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE,*** Dicho vínculo es mediante contrato de prestación de servicios, los cuales se detallan a continuación:

NUMERO DE CONTRATO	CARGO	OBJETO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACION
009	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION Y DESARROLLO EN LA MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN PYD , VACUNACION ESQUEMA REGULAR Y COVID,EN LA ESE CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE .	03/01/2023	02/05/2023
119-2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION Y DESARROLLO EN LA MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN PYD , VACUNACION ESQUEMA REGULAR Y COVID,EN LA ESE CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE .	18/05/2023	31/08/2023
181-2023	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION Y DESARROLLO EN LA MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN PYD , VACUNACION ESQUEMA REGULAR Y COVID,EN LA ESE CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE .	13/09/2023	30/12/2023

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los nueve (09) días del mes de enero de 2024.

Atentamente,

Rocio Leal C.

ROCIO LEAL CARDOZO.
Gerente

Elaboro y Proyecto Katerine Gutiérrez
Apoyo Administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
E. S. E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE
NIT. 900.058.218-3

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD RICAURTE

CERTIFICA

Que la señora, YOLANDA CASTRO CUMBRE, persona natural, identificada con la cedula de ciudadanía N.º 20.875.729 de Ricaurte, presta sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***. Dicho vínculo es mediante contrato de prestación de servicios por un valor de $1.700.000 pesos moneda corriente, los cuales se detallan a continuación:

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
N° 61 DE 2016	APOYAR LA REALIZACION DE LAS OPERACIONES ASISTENCIALES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA.	01/MARZO /2016	30/JUNIO/2016
N° 152 DE 2016	APOYAR LA REALIZACION DE OPERACIONES ASISTENCIALES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	01/AGOSTO /2016	30/AGOSTO/2016
N° 16 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	02/ENERO /2017	30/JUNIO/2017
N° 135 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	04/JULIO /2017	31/AGOSTO/2017
N° 197 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	01/NOVIEMBRE /2017	31/DICIEMBRE/2017
N° 04 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	02/ENERO /2018	30/JUNIO/2018
N° 181 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	01/SEPTIEMBRE /2018	30/SEPTIEMBRE/2018
N° 182 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	16/OCTUBRE /2018	31/DICIEMBRE/2018
N° 02 DE 2019	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	11/ENERO/2019	10/SEPTIEMBRE/2019
N° 04 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	02/ENERO /2020	30/JUNIO/2020
N° 145 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	09/JULIO /2020	30/SEPTIEMBRE/2020

N° 200 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	07/OCTUBRE /2020	31/DICIEMBRE/2020
N° 020 DE 2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	05/ENERO /2021	30/AGOSTO/2021
N° 020 DE 2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	07/SEPTIEMBRE /2021	31/DICIEMBRE/2021
N° 007 DE 2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	07/ENERO /2022	31/MARZO/2022
Nº088 DE 2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	11/ABRIL/2022	30/JULIO/2022
Nª 184 DE 2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	02/AGOSTO/2022	31/DICIEMBRE/2022
Nª 009 DE 2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE.	03/ENERO/2023	02/MAYO/2023

Para constancia de lo anterior, se firma hoy a los Nueve (09) días de Mayo del dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

Rocio Leal C.

ROCIO LEAL CARDOZO
Gerente
ESE Centro de Salud de Ricaurte

Elaboro y Proyecto
Diana Patricia Montiel
Auxiliar Administrativo

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD RICAURTE

CERTIFICA

Que la señora, YOLANDA CASTRO CUMBRE, persona natural, identificada con la cedula de ciudadanía N.° 20.875.729 de Ricaurte, presta sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA en la ***E.S.E. CENTRO DE SALUD RICAURTE***. Dicho vínculo es mediante contrato de prestación de servicios por un valor de $2.512.500 pesos moneda corriente, los cuales se detallan a continuación:

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ACTIVIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
N° 61 DE 2016	APOYAR LA REALIZACION DE LAS OPERACIONES ASISTENCIALES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA.	01/MARZO /2016	30/JUNIO/2016
N° 152 DE 2016	APOYAR LA REALIZACION DE OPERACIONES ASISTENCIALES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	01/AGOSTO /2016	30/AGOSTO/2016
N° 16 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	02/ENERO /2017	30/JUNIO/2017
N° 135 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	04/JULIO /2017	31/AGOSTO/2017
N° 197 DE 2017	PRESTACION DE SERVICIO Y APOYO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE	01/NOVIEMBRE /2017	31/DICIEMBRE/2017
N° 04 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	02/ENERO /2018	30/JUNIO/2018
N° 181 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	01/SEPTIEMBRE /2018	30/SEPTIEMBRE/2018
N° 182 DE 2018	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	16/OCTUBRE /2018	31/DICIEMBRE/2018

N° 02 DE 2019	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	11/ENERO/2019	10/SEPTIEMBRE/2019
N° 04 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	02/ENERO /2020	30/JUNIO/2020
N° 145 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	09/JULIO /2020	30/SEPTIEMBRE/2020
N° 200 DE 2020	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL APOYO EN LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RICAURTE E.S.E	07/OCTUBRE /2020	31/DICIEMBRE/2020
N° 020 DE 2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	05/ENERO /2021	30/AGOSTO/2021
N° 020 DE 2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	07/SEPTIEMBRE /2021	31/DICIEMBRE/2021
N° 007 DE 2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DESARROLLO EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RICAURTE	07/ENERO /2022	31/MARZO/2022

Para constancia de lo anterior, se firma hoy a los Doce (12) días de marzo del dos mil veintidós (2022)

Cordialmente,

Rocio Leal C

ROCIO LEAL CARDOZO
Gerente
ESE Centro de Salud de Ricaurte

Elaboro y Proyecto
Diana Patricia Montiel
Auxiliar Administrativo

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305590817

PIB
09:26:37

Bogotá DC, 29 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YOLANDA CASTRO CUMBE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20875729:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 29 de octubre de 2026, a las 09:27:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	20875729
Código de Verificación	20875729261029092746

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

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

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:28:30 AM horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **20875729**

Apellidos y Nombres: **CASTRO CUMBE YOLANDA**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2026 09:30:22 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **20875729** y Nombre: **YOLANDA CASTRO CUMBE.**

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. **150551466** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:31:11 horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **20875729,** Apellidos y Nombres **CASTRO CUMBE YOLANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE**, con NIT **900058218-3** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 20875729 **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 17/09/2026 02:16 PM

Código Verificación: **GMKW9RS4EC**

Válida hasta: **17/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141131840254

(415)7707212489984(8020) 000014113184025 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 8 7 5 7 2 9	8	Impuestos y Aduanas de Girardot	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	20875729	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Ricaurte	6 1 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	CUMBE	YOLANDA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Ricaurte	6 1 2

41. Dirección principal
3 A 14 B 53 BRR EL PESEBRE

42. Correo electrónico yolycast33@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 0 4 3 9 0 4	

CLASIFICACIÓN

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

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-09-28 / 04:29:54AM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 19-09-2026 10:39:47AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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: 2026-09-17 14:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YOLANDA		CASTRO	CUMBE

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 20875729

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: GIRARDOT

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: RICAURTE

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: CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: RICAURTE

Dirección: ["CALLE 4 N. 14-22 B/EL PESEBRE"]

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	$30.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$30.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Octubre / 29 de 2026

Señor (a): YOLANDA CASTRO CUMBE
CC. 20875729
CL 3A 14B 53 BRR EL PESEBRE
GIRARDOT

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 15 de 2011, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO CUMBE YOLANDA** identificado(a) con **CC** número **20.875.729** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2000 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 29 de octubre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4999994-4637-4b78-8ab0-ec0764b5f7b6

Nombres y apellidos / Full name: YOLANDA CASTRO CUMBE

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 2 0 8 7 5 7 2 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 08/04/1979

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3108043904

Correo electrónico / e-mail: yolycast33@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	15	05	2008		EU400707	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
TD Adulto	Segunda	20	06	2008		EU40707	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
Hepatitis B Adultos	Primera	15	08	2008		UVA08036	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
Hepatitis B Adultos	Segunda	20	09	2008		UVA08036	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
Hepatitis B Adultos	Tercera	25	10	2008		UVA08036	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
TD Adulto	Tercera	27	12	2008		EU40707E	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
TD Adulto	Cuarta	30	12	2009		EU4008D	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ADRIANA CASALLAS
TD Adulto	Quinta	28	01	2011		EU4902A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	CLAUDIA UDEC
Triple Viral	Primera	30	01	2017		015M4055	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	ROCIO LEAL
TdaP Acelular Gestante	Anual	01	04	2017		AC37B177AC	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	
Fiebre Amarilla	Única	17	07	2018		N3N271V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO CUMBE
Sarampión Rubéola	Adicional	17	07	2018		012N7186	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO CUMBE
Hepatitis A Adultos	Única	08	02	2019		AHA88B451A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	HUGO RAMIREZ
Varicela	Refuerzo	08	02	2019		U019279	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	HUGO RAMIREZ

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 48988994-4637-4b78-8ab0-ec0764b677b6

Nombres y apellidos / Full name: YOLANDA CASTRO CUMBE

Tipo de Identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 2 0 8 7 5 7 2 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 08/04/1979

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3108043904

Correo electrónico / e-mail: yolycast33@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Día / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primer Refuerzo	10	10	2019		221501517B	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	SANDRA MILENA RODRIGUEZ CHOC
COVID SINOVAC	Primera	24	02	2021		A2021010044	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO CUMBE
COVID SINOVAC	Segunda	23	03	2021	Sinovac	E202102011	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	22	09	2021		V50221007	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	DIANA ROCIO MENDEZ SANCHEZ
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	09	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	05	2022	Green Cross	V50222004	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	06	08	2022	PFIZER	PCA0075	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
COVID PFIZER	Adicional	14	08	2023	PFIZER	2F1077A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Primera	14	08	2023	Sanofi Pasteur	U1F061V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición	Segunda	23	08	2023	Sanofi Pasteur	U1F061V	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	19	02	2024	Catalent Indiana	019M22-2A	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	23	04	2024	Green Cross	V50524002	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA
COVID PFIZER JN1	Adicional	07	01	2025	PFIZER	LN8430	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA SUAREZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	14	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525007	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	YOLANDA CASTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4999994-4637-4b79-8ab0-ec0764b5f7b6

Nombres y apellidos / Full name: YOLANDA CASTRO CUMBE

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 2 0 8 7 5 7 2 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 08/04/1979

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3108043904

Correo electrónico / e-mail: yolycast33@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
DENGUE TETRAVALENTE	Primera	18	02	2026		566045	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ
DENGUE TETRAVALENTE	Segunda	19	05	2026		566045	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526001	RICAURTE ESE CENTRO DE SALUD	MARIA OLIVA SUAREZ MEDINA - CC39570621 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE

DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en los Decretos 1377 de 2013 y 1074 de 2015, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE de lo siguiente:

1. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme lo dispone las normas vigentes que rigen esta materia.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: OBTENER SOPORTES DOCUMENTALES QUE PERMITAN ADELANTAR EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS PARTES (CONTRATISTA – ENTIDAD).

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la Entidad y observando las normas vigentes sobre protección de datos personales.

6. LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE para tratar mis datos personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en el municipio de Ricaurte en el mes de octubre de 2026.

Firma: 

Nombre: Yolanda Castro Cumbe

Identificación: 20875729 Rte

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

20875729

Primer Nombre

YOLANDA

Primer Apellido

CASTRO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9696

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-07→11:59:53 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	20875729	YOLANDA		CASTRO	CUMBE	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YOLANDA CASTRO CUMBE identificado(a) con CC 20875729 registra La siguiente información:

2026-10-07→11:59:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2001-09-19	2158	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

REGIONAL CUNDINAMARCA

EL CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL

CERTIFICA

Que YOLANDA CASTRO CUMBE identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 20875729 de Ricaurte, realizó y aprobó el curso de ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. con una intensidad horaria de Sesenta (60) y obtuvo una evaluación una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5). Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Girardot. a los seis (6) días del mes de mayo de dos mil veinticinco (2025) Firmado

Digitalmente por

DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO subdirector CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL REGIONAL CUNDINAMARCA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9511002268961CC20875729E

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

YOLANDA CASTRO CUMBE

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 20875729

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en GIRARDOT. A los seis (6) días del mes de Noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

2038373 - 06/11/2024
No Y FECHA REGISTRO

LUIS JAVIER PRADA PAEZ
Subdirector (E) CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 951100230101257242CC20875729C.

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

YOLANDA CASTRO CUMBE

CC 20.875.729 de Ricaurte - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2026-05-02
Fecha de vencimiento: 2028-05-02

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

YOLANDA CASTRO CUMBE

CC 20.875.729 de Ricaurte-Cundinamarca

REANIMACION CARDIO-PULMONAR de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-02
Fecha de vencimiento: 2028- 05-02

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DE LAS MERCEDES DE FUNZA
"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN SALUD

Gobernación de Cundinamarca

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA

CERTIFICA QUE:

YOLANDA CASTRO CUMBE
C.C. 20.875.729

Cumplió satisfactoriamente el curso

ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

constancia de lo anterior, se firma en Funza Cundinamarca, en el mes de noviembre del 2024

ROSEMBERG RINCÓN RUA
GERENTE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yolanda Castro Cumbe

CC 20875729 de Ricaurte -Cundi

Realizó y aprobó el Diplomado en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2026-05-02
Fecha de vencimiento: 2028-05-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Yolanda castro cumbe

CC 20875729 de Ricaurte - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-09-18
Fecha de vencimiento: 2028-09-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelasesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSALUD

NIT. 901591272-1

Educación

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0[illegible]588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Yolanda Castro Cumbe

CC 20875729 de Ricauter - Cundinamarca

Realizó y aprobó el Curso Protocolo para la Toma de Pruebas Rápidas VIH, Sífilis y Hepatitis (Point of Care Testing, POCT) - Resolución 200 / 2021 Ministerio de Salud y Protección Social
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-10-28
Fecha de vencimiento: 2027-10-28

F. ARREY H. CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

ANA MILENA VELEZ SALAZAR
Jefe de Enfermería
TP 73528
Docente.

LAURA PATRICIA PEREZ OSORIO
Docente

EDUCSALUD.S.A.S
EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO Y LA CALIDAD EN SALUD
NIT: 901.992.180-1

HACE CONSTAR QUE:

Yolanda castro cumbe

Identificado con C.C. N° 20.875.729 de Ricaurte Cundi

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL CURSO DE:

Bioseguridad Hospitalaria

Realizado el 19 de septiembre de 2026
Con una intensidad de 50 Horas

EXPEDIDO A LOS 19 DÍAS DE SEPTIEMBRE DE 2026.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2028.

EDUCSALUD

Jean Carlos Arboleda Torres
Representante Legal

Ana Ximena Mayorga Soto
C.C 1.105.681.435
Enfermera Jefe
Ana Ximena Mayorga Soto
Docente
Jefe de Enfermería

Daniel Fernando Mayorga Soto
Coordinador Académico

La presente certificación se expide mediante marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificación de aptitud vocacional. Se expide amparada en el Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal. Ministerio de Educación Nacional Decreto 376 del 2022 Estándar de Talento Humano Educación Continua para el Personal de la Salud.

Para validación del presente certificado escanear el QR, o ingresar al siguiente enlace: https://educsalud.com/certificados/verificar e ingrese el código:
70261723-068d-4248-bda9-0e25eed5a78c

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.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
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)
27 / 07 / 2026	24 / 07 / 2026	24 / 07 / 2027	24 / 07 / 2026	24 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
TE ASEGURAMOS RG LTDA CLIENTE	164053	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



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

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

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

CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 1100561189491 9 (3900) 000000127895 (96) 20260907

REFERENCIA PAGO: 1100561189491-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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.
IBAGUE	IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR yolanda castro cumbe — CC 20.875.729
DIRECCION CALLE 3A NO. 14B-53 — CIUDAD RICAURTE, CUNDINAMARCA — TELEFONO 3108043904

ASEGURADO yolanda castro cumbe — CC 20.875.729
DIRECCION CALLE 3A NO. 14B-53 — CIUDAD RICAURTE, CUNDINAMARCA — TELEFONO 3108043904

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
27 / 07 / 2026	24 / 07 / 2026	24 / 07 / 2027	24 / 07 / 2026	24 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 30,000,000.00

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 - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

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

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 4C NO. 33 - 08, TELÉFONO 2701040 - IBAGUE

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005611894919(3900)000000127895(96)20260907

REFERENCIA PAGO: 1100561189491-9

25-03-101012080

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

YENSYBUENO

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: YOLANDA CASTRO CUMBE CC: 20875729
ASEGURADO: YOLANDA CASTRO CUMBE CC: 20875729
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO:
VIGENCIA: 24/07/2026 AL 24/07/2027

SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE 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 DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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

PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA

LIMITE ASEGURADO: $ 100.000.000

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

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: $ 127.895

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.

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

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.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y SIEMPRE QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.
2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2.LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.
3.LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS.

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

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

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.
AMPARO BASICO $ 100.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $ 100.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $ 100.000.000
GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $10.000.000
VIGENCIA $30.000.000
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

EXCLUSIONES
BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS, DAÑOS Y/O PERJUICIOS CONSISTENTES EN, ORIGINADOS POR, CONSECUENCIA DE, O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2 AÑOS) DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
IBAGUE	ANEXO DE RENOVACION	25-03-101012080	1

TOMADOR	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
ASEGURADO	yolanda castro cumbe			CC	20.875.729
DIRECCION	CALLE 3A NO. 14B-53	CIUDAD	RICAURTE, CUNDINAMARCA	TELEFONO	3108043904
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

61.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.
64.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

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

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

RICAURTE, CUNDINAMARCA NOVIEMBRE DEL 2026

DOCTORA
CLAUDIA PATRICIA SALAMANCA
GERENTE
ESE CENTRO DE SALUD DE RICAURTE

REF: PROPUESTA DE SERVICIOS

OBJETO:
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA ASISTENCIAL DE VACUNACION ESQUEMA REGULAR, PROGRAMAS DE PREVENCION, DETECCION Y PROMOCION DE LA SALUD, MODALIDAD INTRAMURAL Y EXTRAMURAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE RICAURTE CUNDINAMARCA.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Cumplir con los requisitos y perfiles de competencias laborales en PAI y certificado de capacitación expedido por el SENA en Vacunación contra covid19 y PAI regular.
2. Explicar al usuario el proceso de vacunación, diligenciar el consentimiento informado y disentimiento.
3. Aplicar las acciones del protocolo de atención de reacción adversa grave y reportar las reacciones adversas a SIVIGILA y activar el sistema de referencia y contrarreferencia en el caso de requerirlo
4. Desarrollar actividades de enfermería en el área de consulta externa aplicando la ruta de atención de acuerdo con el curso de vida en que se encuentre el usuario.
5. Registrar la información de la vacunación en el carné, registro diario de pai y plataforma de PAIWEB.
6. Realizar seguimiento a las coberturas del programa PAI por medio del anexo 3.
7. Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas, consultorios médicos, procedimientos.
8. Participar activamente en las jornadas de vacunación extramurales como se indica en el plan nacional de vacunación cumpliendo con las metas del esquema regular.
9. Cumplir con las metas del esquema regular de vacunación.
10. Participar en las mesas de trabajo en vacunación, informes requeridos por las Eps contratadas y entes de control.
11. Realizar informe de seguimiento a las cohortes de recién nacidos del municipio, cumplir con las metas mayor del 95% esquema regular.
12. Informar a la EPS. Secretaria de Salud municipal la inasistencia de los usuarios agendados.
13. Realizar vacunación extramural según esquema regular a la población del municipio según esquema PAI menores de cinco años. mujeres en edad fértil. Gestantes adultas mayores de 60 años y demás población que lo requiera, o cumplir el esquema regular, metas de SR y de influenza de acuerdo al plan nacional de vacunación.
14. Realizar el alistamiento de la agenda, insumos y elementos, para el registro de las personas a vacunar durante la jornada.
15. Realizar inventarios de equipos y elementos que estén a su cargo mensualmente en el formato adoptado por la entidad
16. Mantener normas de bioseguridad, de acuerdo al procedimiento que se realice.

Scanned with CamScanner

17. Participar en las jornadas de salud programadas.
18. Socializar temas de salud ante los compañeros de trabajo (mínimo 1 al mes).
19. Realizar actividades PAI con todas sus normas y técnicas asépticas: alistamiento de agenda, insumos y elementos.
20. Organizar y dotar los consultorios médicos con papelería, elementos e insumos para la prestación del buen servicio de acuerdo con el cronograma establecido.
21. Apoyar a la jefe a la jefe del servicio, en la ejecución de las actividades de promoción y prevención de manera mensual; según normatividad vigente, orientando al usuario en los servicios y actividades a los que tiene derecho en la entidad.
22. Participar en la actualización de manuales de procesos, procedimientos y protocolos a realizar en el área de consulta externa.
23. Realizar registro y control de temperatura de los termos donde se almacenan los biológicos a diario.
24. Apoyar al médico de turno en el proceso de remisión de pacientes a otros niveles de complejidad en caso de que se requiera.
25. Supervisar que los servicios prestados sean facturados previamente en el área correspondiente diariamente.
26. Aplicar permanentemente las operaciones relacionadas con la política de seguridad del paciente
27. Participar en las reuniones y capacitaciones que convoque la entidad.
28. Presentar los informes requeridos por las EPS y los entes de control relativo al desarrollo de las actividades, Contratadas con sujeción a las normas estadísticas y administrativas que la contratante señale de acuerdo a la periodicidad requerida por cada entidad.
29. Brindar una oportuna, eficiente, eficaz, calidad y amable atención al usuario con respeto; y al público en general, suministrar información, y documentos que sean solicitados de conformidad con los tramites, autorización y procedimientos establecidos.
30. Responder económicamente, de ser el caso, cuando se trate de glosas y/o cobros que afecten directamente a la Entidad, tratándose de acciones u omisiones inherentes al ejercicio por el cual ha sido contratado.
31. Aceptar, acoger y cumplir el cronograma de turnos establecido y en caso de solicitar modificación reportar al área de gerencia y talento humano.
32. Mantener confidencialidad en el manejo de la información de acuerdo con los parámetros establecidos en el código de ética y los procedimientos del área, el incumplimiento de esta dará lugar a las sanciones que podrán ir desde multas hasta la caducidad del contrato, según el caso.
33. Realizar demanda inducida en la población afiliada con las diferentes Eps vinculadas con la ESE Centro de Salud de Ricaurte y su respectivo seguimiento con el área de facturación.
34. Realizar reporte de seguimiento de la demanda inducida vs producción.
35. Apoyar las demás que sean impartidas por el Supervisor de la orden, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de esta.
36. Realizar el proceso de elaboración, esterilización de material e instrumental de acuerdo al cronograma establecido.

Scanned with CamScanner

VALOR: SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO DIECISIETE PESOS ($6.794.117) M/CTE

Tiempo de ejecución: desde el perfeccionamiento del contrato y a partir de la firma del acta de inicio sin exceder el 31 de diciembre.

YOLANDA CATRO CUMBE
C.C No. 20.875.279 de Ricaurte

Scanned with CamScanner