CONVOCATORIA A VEEDURIAS

En cumplimiento del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 se convoca a las personas que estén interesadas en ejercer la veeduría ciudadana y quienes deberán acreditar certificado de inscripción en la cámara de comercio o en la personería Municipal, de acuerdo a lo establecido en la ley 850 de 2003, para realizar el control social en el proceso de contratación directa según lo establecido en el acuerdo No 05 de 2014 Estatuto de Contratación para "Prestar los servicios profesionales de fisioterapeuta en la realización de consultas médicas e interconsultas y ayudas diagnosticas según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato." a fin de que se presente en la oficina jurídica de la Empresa Social del Estad o Hospital Santa Mónica, carrera 19 calle 18 Santa Mónica Dosquebradas.

Los interesados pueden consultar documentos que hacen parte del proceso contractual en la oficina jurídica.

Gerente

Fijado en la oficina de jurídica:

Fecha de fijación: Noviembre-2026

Revisó: Jefe de Oficina Jurídica

Dosquebradas, 3 de noviembre del 2026

Doctor
JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA

ASUNTO: PROPUESTA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE FISIOTERAPIA PÉLVICA.

La propuesta para la prestación de los servicios especializados en esta Institución, tiene como objetivo fortalecer y potencializar el servicio a los usuarios, que requieran Fisioterapia de Piso Pélvico, de esta forma se pretende beneficiar tanto al hospital como a los usuarios.

Pongo a consideración esta propuesta como fisioterapeuta especializada en Piso Pélvico para desarrollar las siguientes actividades:

1. Realizar las sesiones y/o interconsultas programadas por agenda mensual en consulta externa con el código CUPS 931001.
2. Proporcionar los equipos biomédicos y la ayuda tecnológica requerida para el adecuado oportuno y efectivo tratamiento, de acuerdo a cada patología que involucre el piso pélvico (con su respectiva hoja de vida y registro invima).
3. Leer e interpretar ayudas diagnósticas como: procedimiento que se deriven de la especialidad.
4. Diligenciamiento completo y correcto de todos los registros estadísticos relacionados con las actividades desarrolladas durante la vigencia del contrato.
5. Velar y revisar que los servicios que preste, estén debidamente autorizados y facturados.
6. Registrar de forma clara y completa en la historia clínica los servicios prestados.
7. Asistir a las reuniones o capacitaciones que la E.S.E disponga.
8. Participar de manera activa y cumplir con las actividades programadas en el sistema de gestión de calidad mejoramiento continuo y acreditación de acuerdo a la normativa vigente en salud.

9. Diligenciar completamente el consentimiento informado para todos los procedimientos o actividades que se realicen al usuario y se requiera, según la patología a tratar.
10. El horario concertado con el contratista para el cumplimiento de las consultas ambulatorias se acordará con la coordinadora del servicio.
11. Debe diligenciar con tiempo suficiente el formato solicitud de apertura o cambio de agenda.
12. Cuando se cancela una actividad programada con los usuarios, se debe registrar el motivo en la historia clínica.
13. Me comprometo a responder por las glosas que se generen como prestación del servicio
14. Presentar la cuenta de cobro mensual con todos los soportes correspondientes para acceder al pago en la fecha que indiquen.

DURACIÓN: La propuesta tiene una duración correspondiente a la vigencia 2026

VALOR: El valor total del contrato será de acuerdo al presupuesto que disponga la ESE Hospital Santa Mónica.

El valor de los honorarios mensuales será la sumatoria de los eventos (sesiones) realizadas en el respectivo mes; y el valor de cada evento está pactado en el 60% de la tarifa estipulada por el hospital con cada entidad (EPS, Vinculados, ARL, SOAT, tarifas propias, etc).

Atentamente,
Luz Aidè Castaño Marín
CC: 42.151.932.

LUZ AIDÈE CASTAÑO MARÍN
C.C No. 42151932 Expedida en Pereira
Fisioterapeuta Pélvica.
Cel: 3218788466.
Correo : luzcama10@hotmail.com
luzaideecastanomarin@gmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTAÑO	MARIN	LUZ AIDEE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 42151932	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 01 AÑO 1983	TRANSVERSAL 35 - 3D 101 TORRE 1 APTO 205 CONJUTO RESIDENCIAL MAJESTIC			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	RISARALDA	MUNICIPIO	DOSQUEBRADAS		
MUNICIPIO	PEREIRA	TELÉFONO		EMAIL	luzcama10@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 11	AÑO 2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		FISIOTERAPIA	11	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FISIOTERAPIA EN MOVIMIENTO	EDUCACIÓN INFORMAL	160	X		FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN DE PISO PELVICO	07	2022

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: RISARALDA	MUNICIPIO: DOSQUEBRADAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 09	Mes: 02	Año: 2015				Día:	Mes:	Año:			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	DEPENDENCIA: AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN: AVENIDA 19A - 18 SANTA MONICA					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: RISARALDA	MUNICIPIO: DOSQUEBRADAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6063302507	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 10	Mes: 10	Año: 2022				Día:	Mes:	Año:			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA FISIOTERAPEUTA ESP	DEPENDENCIA: AREA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN: AVENIDA 19A 18 18 SANTA MONICA DOSQUEBRADAS					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PROFISIO			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3254488	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	09	Mes	03	Año	2016	Día	28	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	DEPENDENCIA AREA DE FISIOTERAPIA						DIRECCIÓN CALLE 19 - 5 13 PISO 3					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LOS ROSALES			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3357454	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	14	Mes	04	Año	2009	Día	04	Mes	01	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFEREMERIA	DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN CALLE 9 - 25 25					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI X NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 6o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Dosquebradas 19.12.2025

Yuly Lidui Lastaño María

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-12-18 22:04

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	AIDEE	CASTAÑO	MARIN

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	42151932

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS

Dirección	["calle 18 carrera 19 esquina Barrio Santa Mónica"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$81.007.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$81.007.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.266.010,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	RISARALDA	DOSQUEBRADAS	$102.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
APARTAMENTO	$57.445.518,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2 CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ADRIAN	HUMBERTO	RIVERA	TORO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 10019909

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:

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 42.151.932



Apellidos

CASTAÑO MARIN

Nombres

LUZ AIDEE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento

16 ENE 1983

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición

27 MAR 2001, PEREIRA

Fecha de expiración

28 DIC 2033

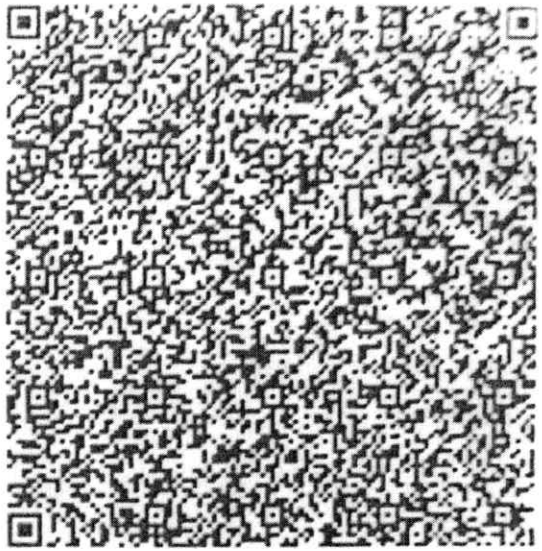
Firma

Luz Aidee Castaño Marin

Powered by CamScanner

0347972 68

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL0347972686240O1<<<<<<<<<<<
8301161F3312289COL42151932<<<O
CASTANO<MARIN<<LUZ<AIDEE<<<<<<

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:18:36 AM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **42151932**

Apellidos y Nombres: **CASTAÑO MARIN LUZ AIDEE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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, 03/11/2026 11:19:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **42151932** y Nombre: **LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN.**

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. **150794252** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:19 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **42151932,** Apellidos y Nombres **CASTAÑO MARIN LUZ AIDEE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SANTA MONICA**, con NIT **891411663-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305773978

PIB
11:20:40

Bogotá DC, 03 de noviembre 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) LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 42151932:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 11:21:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	42151932
Código de Verificación	42151932261103112106

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

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 42151932 **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 03/11/2026 11:34 AM

Código Verificación: **NCSD8PXLWQ**

Válida hasta: **03/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

COLFI-2026-4549

Bogotá D.C.,29 de octubre de 2026

EL COLEGIO COLOMBIANO DE FISIOTERAPEUTAS-COLFI

CERTIFICA A:

HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS RISARALDA

El(La) Ft. LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN con documento de identidad No. 42.151.932 de Pereira, se encuentra inscrito(a) en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS, por el Colegio Colombiano de Fisioterapeutas-COLFI desde 3 de noviembre de 2020, mediante el acto administrativo 156 que le autoriza para ejercer en todo el territorio nacional.

El(La) profesional se registró por primera vez en el Departamento de Risaralda Secretaria de Salud desde febrero 12 de 2015 fecha de inicio de su autorización para ejercer como fisioterapeuta.

El Colegio Colombiano de Fisioterapeutas-COLFI, aún no cuenta con Tribunal de Ética autorizado por Ley; el proyecto de ley se encuentra en proceso de aprobación ante el Congreso de la República.

A la fecha el(la) profesional Castaño Marin no registra reportes ante COLFI por faltas a la ética o al desempeño profesional.

Esta certificación tiene validez de un (1) año a partir de la fecha de expedición.

Cordialmente,

PhD. Aydee Luisa Robayo Torres
Presidente COLFI

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14990699343

(415)7707212489984(8020) 000001499069934 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 2 1 5 1 9 3 2	1	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTAÑO	MARIN	LUZ	AIDEE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Dosquebradas 1 7 0

41. Dirección principal: TO 1 AP 505 CON CENTRAL PARK MAJESTIC 1

42. Correo electrónico: luzcama10@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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: MEJIA VELEZ ALEJANDRO

985. Cargo: Analista IV

Fecha generación documento PDF: 18-12-2025 07:06:48PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	NOMBRE **CERTIFICADO**		CÓDIGO **30L1030 - F24**
E.S.E. Hospital Santa Mónica	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **30. ADMINISTRACION DE DOCUMENTOS Y ARCHIVO CENTRAL**	VERSIÓN **2.0**
			FECHA DE VIGENCIA **23/12/2020**

Dosquebradas, 22 de diciembre de 2025

icontec ISO 9001
Código Nº. 2818 - 1

LA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA

C E R T I F I C A:

Que se ha procedido a realizar consulta de la persona natural con número de identificación CC **42151932 - LUZ AIDEE CASTAÑO MARÍN-** por medio del aplicativo **DESQUBRA** según contrato suscrito entre ESE HOSPITAL SANTA MONICA y **AGNOS SAS BIC**, encontrando que dicha persona natural no presenta novedad en listas o restricción que lo lleve a generar un posible ROS.

Que los reportes de las consultas antes citadas se encuentran bajo la custodia del Oficial de Cumplimiento.

Que la persona antes mencionada ha diligenciado en el aplicativo **DESQUBRA** su **FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL** para la vigencia 2025.

RESULTADO FINAL: **PROCEDENTE**

Este certificado se expide. - como requisito previo al PROCESO número 14 DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA, con vigencia de un año contado a partir del **22** de diciembre de 2025.

FRANCY E. MEJIA CADAVID
CC 43.588.272 de Medellín
Oficial de Cumplimiento

royecto y Elaboró: Francy Mejía

	NOMBRE **CONTRATOS CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO – CONTRATISTAS**		CÓDIGO **26L925 - F09**
E.S.E. Hospital Santa Mónica	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	VERSIÓN **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

Entre los suscritos, JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 10129201, actuando en calidad de Gerente de la ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, nombrado por Decreto No. 0437 del 22 de marzo de 2024 y Acta de Posesión No. 109 del 01 de abril de 2024, emanados del Gobernador del Departamento de Risaralda, autorizado para contratar por El Acuerdo No 05 de 2014 expedido por la Junta Directiva de la Entidad, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, y el (la) señor (a) Luz Aidee Castaño Mora, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 42151937., y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO, previa las siguientes consideraciones:

1. Que en virtud de la prestación de servicios profesionales que el CONTRATISTA realiza o realizará a favor del CONTRATANTE, este tiene o podrá tener acceso a los recursos que tratan datos de carácter personal, y a información o documentación confidencial, marcada o no como tal.
2. Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 literal h) de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de Protección de Datos Personales (en adelante, LEPD), todas las personas que intervengan en el tratamiento de datos personales que no tengan naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento, pudiendo solo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la referida ley y en los términos que la misma disponga.

Por lo antes expuesto, ambas partes convienen en suscribir el presente contrato, que se rige por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO. - El CONTRATISTA se compromete a cumplir con las normas y políticas determinadas por el CONTRATANTE que afectan al desarrollo de sus funciones, así como todas aquellas medidas de seguridad, técnicas u organizativas que el CONTRATANTE establezca para garantizar la confidencialidad y el deber de secreto de toda la información que tenga la consideración de información confidencial. A estos efectos, se entenderá por información confidencial, toda información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo, susceptible de recogida, registro, tratamiento o transmisión concerniente a una persona natural identificada e identificable que permita determinar directa o indirectamente la identidad física, psíquica, económica, cultural o social de la persona natural titular, con independencia del soporte en el que esta se recoja o trate.

SEGUNDA. OBLIGACIONES. - El CONTRATISTA se obliga a acceder a la información del CONTRATANTE, contenida tanto en los sistemas informáticos como en cualquier otro soporte o documento físico, electrónico o telemático, solo si tal acceso fuera necesario para la prestación de los servicios profesionales para lo que ha sido contratado, o si media autorización expresa específica para acceder a los datos que no sean propios de su función profesional. Los datos serán utilizados exclusivamente para los fines y funciones para los que fueron recabados.

TERCERA. CONFIDENCIALIDAD. - El CONTRATISTA se compromete a mantener en el más estricto secreto profesional toda la información confidencial que pueda llegar a su conocimiento como consecuencia del

desempeño de sus funciones dentro del CONTRATANTE, comprometiéndose el CONTRATISTA a no divulgarla, publicarla, cederla, venderla, ni de otra forma, directa o indirecta, ponerla a disposición de terceros, ni total ni parcialmente, y a cumplir esta obligación incluso con sus propios familiares u otros miembros del CONTRATANTE que no estén autorizados a acceder a dicha información, cualquiera que sea el soporte en el que se encuentre la información.

PARÁGRAFO. Se entiende que la cuenta de correo electrónico asignada a EL CONTRATISTA es una herramienta de trabajo que debe usarse, exclusivamente para propósitos laborales y, por lo tanto, la información que circule por ese medio será material clasificado de propiedad de EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA acepta de manera expresa que EL CONTRATANTE audite su cuenta de correo electrónico de manera periódica. Cualquier violación a estas obligaciones, aún por primera vez, constituirá falta grave para todos los efectos legales.

CUARTA. DERECHOS DE AUTOR. - El CONTRATISTA reconoce la titularidad del CONTRATANTE respecto de todos los datos, conocimientos de cualquier clase puestos a su disposición, materiales de referencia, anotaciones, esquemas, dibujos, memorándums, documentación o grabaciones en cualquier forma y soporte, que incorporen o reflejen cualquier información confidencial. El CONTRATISTA acuerda devolver todas las copias de dichos materiales y cualquier soporte físico que estén bajo su control al CONTRATANTE si éste lo solicita.

QUINTA. DEBER DE COMUNICACIÓN. - El CONTRATISTA se compromete a comunicar al responsable de seguridad designado por el CONTRATANTE, todas aquellas incidencias que se produzcan en la organización, entendidas éstas como cualquier anomalía que afecte o pudiera afectar a la seguridad de los datos personales objeto de tratamiento. Dicha comunicación deberá contener la identificación clara de la incidencia y una descripción detallada de la misma que contendrá como mínimo: la fecha y hora de su producción, la persona que notifica y la persona a la que se comunica la incidencia, los efectos derivados de su producción y las medidas correctoras adoptadas.

SEXTA. VIGENCIA. - El cumplimiento de las obligaciones contenidas en este CONTRATO es de carácter indefinido y se mantendrá en vigor con posterioridad a la finalización por cualquier causa de la relación entre el CONTRATISTA y el CONTRATANTE. Por ello, el CONTRATISTA garantiza que, tras terminar la relación, guardará el mismo secreto profesional respecto a la información confidencial y a los datos de carácter personal a los que haya tenido acceso durante el desempeño de sus funciones.

SÉPTIMA. RESPONSABILIDAD. - El CONTRATISTA será responsable frente al CONTRATANTE y terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores, pudiendo suponer el inicio de acciones legales, así como la reclamación de las indemnizaciones, sanciones y daños o perjuicios que el CONTRATANTE se vea obligado a atender como consecuencia de dicho incumplimiento.

PARÁGRAFO. - El CONTRATISTA se obliga a aplicar en el desarrollo de sus funciones las políticas del tratamiento de los datos establecidas por el CONTRATANTE. En todo caso, adoptará las directrices señaladas en el manual del usuario suministrado por el CONTRATANTE.

OCTAVA. FINALIDAD DE LOS DATOS- El CONTRATANTE comunica al CONTRATISTA que sus datos personales recogidos en el momento de la contratación, los comunicados a lo largo de la duración del contrato y aquellos que comunique en el futuro al CONTRATANTE para el cumplimiento de sus obligaciones legales, formarán parte de una base de datos de la que es titular ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, con la finalidad de gestionar la relación laboral o profesional que les une. El CONTRATISTA declara estar informado de los derechos de consulta y reclamos que podrá consultar dirigiéndose al CONTRATANTE, bien por correo electrónico a protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que se desea ejercitar, o bien por correo ordinario a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

NOVENA. CUMPLIMIENTO DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS. - El CONTRATISTA se compromete al cumplimiento de las funciones y obligaciones especificas recogidas en el Manual de Políticas y Procedimientos y en el Manual Interno de Seguridad, que se encuentra a disposición de los contratistas.

Se firma en la ciudad de DOSQUEBRADAS, RISARALDA, a los 19 ( ) días del mes de Diciembre del año 2025

CONTRATANTE,

JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

CONTRATISTA,

Luz Adriana Cardona Mari
C.C. No. 42.151.932.

	NOMBRE CONSENTIMIENTO EXPRESO CON TRANSMISIÓN Y/O TRANSFERENCIA DE DATOS		CÓDIGO 26L925 – F17
E.S.E. Hospital Santa Mónica	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	VERSIÓN **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, siendo tratados con la finalidad de:

Empleado, gestión de estadísticas internas, procedimientos administrativos, gestión de cobros y pagos, requerimiento de organismo de control datos no sensibles, privados y sensibles, envío de comunicaciones, prestación social, procedimientos judiciales, formación de personal, gestión de nómina, gestión de personal, gestión de trabajo temporal, promoción y gestión de empleo, promoción y selección de personal, investigación de epidemiologías y actividades análogas, inspección y control de seguridad y protección social, pensiones, subsidios y otras prestaciones económicas, prestaciones de garantía salarial, relaciones laborales y condiciones de trabajo.

De igual modo, autorizo la transferencia y transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea:
(OBJETO SOCIAL CON QUIENES COMPARTEN DATOS) con la finalidad específica de:

- Gestión de personal.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generan algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

TITULAR DE LOS DATOS

Olga Lidi Londoño Mori

C.C. No. 42151932. de Pereira.

E.S.E. Hospital Santa Mónica	NOMBRE CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES PERSONALES		CÓDIGO 26L925 – F24
	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	VERSIÓN **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como titular de mis datos biométricos, para que las imágenes, videos u otro registro de reconocimiento facial registradas sean incorporadas en una base de datos responsabilidad de ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS con la finalidad de:

- Gestión de personal, gestión de trabajo temporal, marketing, publicidad propia.

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar mis derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

TITULAR DE LOS DATOS

Luz Nidia Cantaño Mari

C.C. No. 42151.932 de Pereira.

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Luz Aidee Castaño Marín

C.C. 42.151.932

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Fisioterapeuta

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Rector

Secretaria General

Decano

Libro 1 Folio 216 Registro 7651 Acta 225

Pereira 30 de Enero de 2015

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

La suscrita Secretaria General de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECCIONAL PEREIRA, **CERTIFICA**: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO No. 225. En Pereira (Risaralda) a los treinta (30) días del mes de enero de dos mil quince (2015) siendo las nueve (9:00) de la mañana convocados por Resolución No. 01-15 de enero treinta (30) de 2015, se reunieron en el Teatro Santiago Londoño de la ciudad de Pereira, el Rector, doctor EDGAR ORLANDO COTE ROJAS , la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud Doctora MARIA ELVIRA ARAUJO FORERO y la Secretaria General Seccional, doctora GLORIA INÉS HERRERA GUEVARA, para presidir ceremonia de grado de: **LUZ AIDEE CASTAÑO MARÍN**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **42.151.932**, quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el Pénsum y presentó PRÁCTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos, haciéndose merecedor (a) a recibir el título de: **FISIOTERAPEUTA** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución 8075 del 14 de septiembre de 2010. Luego de haber tomado el juramento de rigor al graduando (a), prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la profesión de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional, se hizo la entrega del diploma. Acto seguido, el Rector, presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en ésta intervinieron.

Fdo. EDGAR ORLANDO COTE ROJAS	Rector Seccional
Fdo. MARIA ELVIRA ARAUJO FORERO	Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Fdo. GLORIA INÉS HERRERA GUEVARA	Secretaria General Seccional

Es copia tomada de su original a los treinta (30) días del mes de enero de dos mil quince (2015) Anotado en Libro 1 Folio 216 Registro 7651.

GLORIA INES HERRERA GUEVARA
Secretaria General Seccional (E)

response911emergency@Hotmail.com NIT- 1090418943-4 – TEL 3214291841

EDUCACION INFORMAL

RESPONSE 911 EMERGENCY

Certificado N° RB – 465

CERTIFICA QUE:

LUZ AIDÉE CASTAÑO MARÍN

C.C: 42151932

Asistió y aprobó el curso de soporte básico de vida SBV, guiado bajo protocolos nacionales e internacionales y guías actualizadas, con una intensidad horaria de 24 horas, realizado en la ciudad de PEREIRA el día 04 de NOVIEMBRE del 2017.

VALIDO POR 2 AÑOS

Response 911 Emergency

Cesar Augusto Ropero Pallares
Coordinador general 9-11

04 NOV 2017

Nathalia Gutiérrez Valencia
Instructor 9-11

Certificado bajo resolución 2003 del 2014 y según decreto 4904 del 2009. No conduce a titulo o aptitud laboral.

FISIOTERAPIA en Movimiento

Certificado Internacional

Fisioterapia en Movimiento SAS Nit 900988768-2 y
la International Physical Therapy Group US LLC L19000058356
certifican que:

Luz Aidée Castaño Marín

42151932

Realizó exitosamente: Diplomado Internacional Avanzado en Fisioterapia y Rehabilitación de Piso Pélvico

Fecha de inicio: 28/03/2022. Fecha de terminación: 30/07/2022.
Con una duración de 160 horas académicas de educación

Joham Reyes Durango
CEO Fisioterapia en Movimiento

IPTG
INTERNATIONAL PHYSICAL THERAPY GROUP LLC

Felipe Florez
Manager Fisioterapia en movimiento

Este certificado se emite como formación de educación continua y no otorga título universitario

MISIÓN PLUS
SERVICIOS TEMPORALES

MISION PLUS S.A.S
Nit: 900,879,619 - 6
EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES

C E R T I F I C A Q U E

El(a) señor(a) **CASTAÑO MARIN LUZ AIDEE,** Identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No.42.151.932,** labora en nuestra compañía desde Marzo 01 de 2017, desempeñando el cargo de **TERAPEUTA FISICA,** para nuestra empresa usuaria **E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA,** con un contrato **OBRA O LABOR DETERMINADA** y devengando un salario mensual de **$ 2.344.175.**

Para constancia se firma en Pereira a los 22 días del mes de Septiembre del año 2022

Karen E Jaramillo M

Karen Eliana Jaramillo Moreno
Coordinadora de Gestión Humana

LA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA

C E R T I F I C A:

icontec ISO 9001
Codigo No.2818-1

Que la Dra. **LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN** identificada con cedula de ciudadanía No 42.151.932 ha suscrito contratos de prestación de servicios profesionales con la **E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA** de Dosquebradas bajo los siguientes términos:

OBJETO	Prestar los servicios profesionales de fisioterapia en la realización de consultas médicas e interconsulta, y ayudas diagnosticas, según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	196-2022
FECHA INICIO	07/10/2022
FECHA FINALIZACION	31/12/2022
VALOR DEL CONTRATO	$10.000.000

OBJETO	Prestar los servicios profesionales de fisioterapia en la realización de consultas médicas e interconsulta, y ayudas diagnosticas, según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	58-2023
FECHA INICIO	06/01/2023
FECHA FINALIZACION	05/09/2023 (con terminación anticipada el 11/05/2023
VALOR DEL CONTRATO	$30.000.000

icontec ISO 9001

Codigo No.2818-1

OBJETO	Prestar los servicios profesionales de fisioterapia en la realización de consultas médicas e interconsulta, y ayudas diagnosticas, según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	182-2023
FECHA INICIO	12/05/2023
FECHA FINALIZACION	31/10/2023 (con terminación anticipada el 16/10/2023)
VALOR DEL CONTRATO	$30.000.000

OBJETO	Prestar los servicios profesionales de fisioterapia en la realización de consultas médicas e interconsulta, y ayudas diagnosticas, según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	286-2023
FECHA INICIO	17/10/2023
FECHA FINALIZACION	31/12/2023
VALOR DEL CONTRATO	$12.500.000

icontec ISO 9001
Codigo No.2818-1

OBJETO	Prestar los servicios profesionales de fisioterapia en la realización de consultas médicas e interconsulta, y ayudas diagnosticas, según estudio de conveniencia adjunto, de acuerdo con la propuesta del contratista, la cual hace parte integral del presente contrato.
NUMERO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	54-2024
FECHA INICIO	03/01/2024
FECHA FINALIZACION	03/07/2024
VALOR DEL CONTRATO	$37.200.000

Este certificado se expide a solicitud del interesado a los 05 días mes de marzo de 2024

LUZ MARINA OSSA MONCADA
Gerente E.S.E Hospital Santa Mónica

Vo.Bo. Juliana Arias García
Asesora Jurídica.



SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
GOBERNACION DE RISARALDA

INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

Nombre	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN
Identificación	42151932
Profesión	FISIOTERAPEUTA
Inscripción No.	156
Fecha	12 de Febrero de 2015

Luis Eduardo Mendoza Torres
Secretario de Salud

Valido solo en el departamento
de Risaralda-Colombia

JAMES A. SALAZAR ROJAS
MEDICO LABORAL
LIC. 2129-18 UNIV. LIBRE



NOMBRE DEL PACIENTE	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 42151932	**EDAD**	42 AÑO(S) 8 MES(ES) 23 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	LUZAIDECASTANOMARIN@GMAIL.COM
DIRECCIÓN	TORRE 1 APTO 505 MAYESTIC 1	**MUNICIPIO**	DOSQUEBRADAS

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Empresa	Contratista	**Fecha Y Hora**	08/10/2025

PACIENTE

Sección o empresa en mision	Contratista		
Profesion		**Cargo a desempeñar**	Terapeuta pelvica
Eps	Salud total	**Arl**	Sura
Jornada usual	Día	**Tipo examen**	INGRESO

EXAMENES ANALIZADOS

Examenes analizados	Examen Médico Físico,Enfasis Osteomuscular

EXAMENES ESPECIALES

CONCEPTO

Concepto ingreso	Apto

Observación
Apta para el cara, sin restricciones

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Educación en manejo cargas	Si	**Fomento de habitos saludables**	Si

***Se recomienda uso de EEPP.**
***El trabajador declara que toda la información suministrada es veridica y completa.**
***El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas.**
***Autorizo la entrega de este certificado a mi empleador y la información relacionada que sea pertinente para mi actividad laboral y al sistema de vigilancia epidemiológica en la empresa.**

MEDICO

James A. Salazar R.
Médico Laboral
Licencia 2129-18
Universidad Libre

PROFESIONAL : JAMES ADALBERTH SALAZAR ROJAS
ESPECIALIDAD : MEDICO LABORAL
REGISTRO MEDICO : LIC 2129-18 UNIV LIBRE

ASPIRANTE O TRABAJADOR

NOMBRE : LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN
DOCUMENTO : 42151932

Salud Total

PEREIRA, Noviembre 3 de 2026

Señora:

CASTAÑO MARIN LUZ AIDEE

CC. 42151932TO 1 AP 505 MAJESTIC - 0

Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CASTAÑO MARIN LUZ AIDEE	42151932	C	Mar-13-2022	57	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN	42151932	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
MISION PLUS SAS	42151932	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, 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.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **42151932,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de noviembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 03 de noviembre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN identificado(a) con C42151932 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C421519322630742459

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN

C.C 42.151.932

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 30 de diciembre 2024

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7016287210

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN

C.C 42.151.932

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 30 de diciembre 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761629522000

DAFP-FORM-022

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Luz Adele

Apellidos: Gaston Marin

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 42757932

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 07 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	08-03-21	PFIZER	EJ1195	STA. MONICA	Natalia Sanchez Blanco	1049945975
	2	29-03-21	Pfizer.	EW5621	Sta Mónica	Estrella. Salazar.	24695600
	3	25-11-21	Moderna.	012121A	Hospital Santa Mónica	Martha Olivo	91062552

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1	28-12-2020	AHBVC877100	Gustavo G
	2	1-Feb-2021	AHBVC829A6	ViViam
	3	09-04-22	RSVAC-B 516200188A V. 10/2023	INDAMEDIC SAS

Hepatitis B	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1	09-may-22	RSVAC-B L 516200188A V. 10-2023	INDAMEDIC SAS

VARICELA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1			
	2			

MENINGOCOCO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1			

ANTITETÁNICA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
06/08/22	1	28-12-2020	R3M3AY	Gustavo G
	2	1-Feb-2021	R3M3AY	ViViam
	3	06-08-2021	233826241	Lorena

DPT ACELULAR	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
Ref Hep B	1	09-mayo-22		

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1			
	2			

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
	1			



NOMBRE Luz Aidee Castaño Marin

DOCUMENTO 42 152.932

TELÉFONO _____

Salud Comfamiliar

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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.

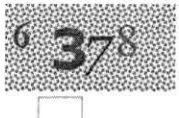
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 42151932

Primer Nombre: luz

Primer Apellido: castaño

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5878

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-11-04→1:37:34 PM -2026-11-04→2:28:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	42151932	LUZ	AIDEE	CASTAÑO	MARIN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN identificado(a) con CC 42151932 registra La siguiente información:

2026-11-04→2:28:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2015-02-12	156	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

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 atencion:
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

FISIOTERAPIA en Movimiento

Certificado Internacional

Fisioterapia en Movimiento SAS Nit 900988768-2 y
la International Physical Therapy Group US LLC L19000058356
certifican que:

Luz Aidée Castaño Marín

42151932

Realizó exitosamente: Diplomado Internacional Avanzado en Fisioterapia y Rehabilitación de Piso Pélvico

Fecha de inicio: 28/03/2022. Fecha de terminación: 30/07/2022.
Con una duración de 160 horas académicas de educación

Joham Reyes Durango
CEO Fisioterapia en Movimiento

IPTG

Felipe Florez
Manager Fisioterapia en movimiento

Este certificado se emite como formación de educación continua y no otorga título universitario

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Luz Aidee Castaño Marín

CC 42151932 de Pereira

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-30
Fecha de vencimiento: 2026-12-30

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No:	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR **LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN** CC **42.151.932**

DIRECCION **TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505** CIUDAD **DOSQUEBRADAS, RISARALDA** TELEFONO **3218171313**

ASEGURADO **LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN** CC **42.151.932**

DIRECCION **TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505** CIUDAD **DOSQUEBRADAS, RISARALDA** TELEFONO **3218171313**

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)
15 / 01 / 2026	17 / 01 / 2026	17 / 01 / 2027	17 / 01 / 2026	17 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CER SEGURO COL LTDA	194950	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: FISIOTERAPEUTA

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			**$ 20,000,000.00**

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 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. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 13 NO 98-69/74, TELÉFONO 2180983 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11000631354761(3900)000000127895(96)20260303

REFERENCIA PAGO:

1100063135476-1

11-03-101028097

FIRMA AUTORIZADA

GLORIAABELLO

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
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)
15 / 01 / 2026	17 / 01 / 2026	17 / 01 / 2027	17 / 01 / 2026	17 / 01 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CER SEGURO COL LTDA CLIENTE	194950	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

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

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

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

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Super INTER | exito | MOVIIRED

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

SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá — Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

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

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

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

CARRERA 13 NO 96-60/74, TELÉFONO 2180303 - BOGOTA, D.C.

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100063135476 1(3900)000000127895(96)20260303

REFERENCIA PAGO:
1100063135476-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN CC 42151932
ASEGURADO: LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN CC 42151932
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO
VIGENCIA: 17/01/2026 AL 17/01/2027
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- D001
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-E0-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: FISIOTERAPEUTA
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
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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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 $20.000.000
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.

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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.
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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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.
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.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
BOGOTA	EMISION ORIGINAL	11-03-101028097	0

TOMADOR	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
ASEGURADO	LUZ AIDEE CASTAÑO MARIN			CC	42.151.932
DIRECCION	TV 35 NRO. 30 - 101 APTO.505	CIUDAD	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELEFONO	3218171313
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: 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 EVALUACIÓN DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

CLS Dotaciones Médicas S.A.S. NIT 900888276-1
+ 57 301 711 3703
www.clsdotacionesmedicas.co

HOJA DE VIDA EQUIPO BIOMEDICO	
NOMBRE O RAZON SOCIAL	Dra. Luz Aidee Castaño
NIT / CC	42.151.932
CIUDAD	Dosquebradas
DIRECCIÓN	Transversal 35 No 3 D -101
TELEFONO	316 2777103
EMAIL	

DATOS DEL EQUIPO



NOMBRE DEL EQUIPO	Electroestimulador con Electromiografia y Biofeedback
MARCA	Neurotrac
MODELO	MYO PLUS PRO 4
SERIE	001155
FECHA DE ADQUISICIÓN	04/08/2022

CLS Dotaciones Médicas S.A.S. NIT 900888276-1
+ 57 301 711 3703
www.clsdotacionesmedicas.co

FABRICANTE Y LUGAR DE ORIGEN:	Verity Medical LTD Inglaterra
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	CLS Dotaciones Medicas SAS.
DATOS DE CONTACTO E-MAIL, TELÉFONO:	carango@clsdotacionesmedicas.com / 301 7113703
MANTENIMIENTO INDICADO POR EL PROVEEDOR	Frecuencia (Anual), Revisión y Mantenimiento.
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL RIESGO	IIA
GARANTÍA	FECHA DE INICIO: 04/08/2022 FECHA DE TERMINACIÓN: 04/08/2023

ESPECIFICACIONES TECNICAS

EMG	
EMG (Electromiografia)	Cuatro Canales
Intervalo	De 0,2 a 2000 uV RMS
Sensibilidad	0,1 uV RMS
Precisión	4% de lectura de uV +/-0,3 uV a 200 Hz
Filtro de paso de banda	Seleccionable
Filtro Supresor	50 Hz -33 dB
Periodos de Actividad /reposo	2 – 99 Segundos
Número de Intetntos	2 – 99
STIM	
STIM	Cuatro Canales
Amplitud	0-90 mA a una carga de 500 ohmios – los mA reales
Tipo	Corriente Constante
Forma de Onda	Simetrica, Rectangular, Bifasica
Selección de la Anchura de Pulso	50 – 330 uS
Selección de Intensidad de Pulso	2 – 100 Hz
Periodos de Actividad /reposo	2 – 99 Segundos
Tiempo	1 – 99 Minutos
Programas Predeterminados de Rehabilitación	25
Programas Predeterminados de Piso Pelvico	22
Juegos Biofeedback	Conejo, Avión, Serpiente, Rosa
Baterías	4 Doble AA

Vida útil	5 Años
Condiciones Ambientales	+5 a + 40 grados centígrados 15 – 93% de humedad
Dimensiones Fisicas	Alto 150 mm, ancho 89 mm, largo 35 mm
Peso	240 gramos (Sin baterías)

CLS Dotaciones Médicas
S.A.S. NIT 900888276-1
+ 57 301 711 3703
www.clsdotacionesmedicas.co

CRONOGRAMA PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO GARANTIA

EQUIPO NEUROTRAC MYO PLUS PRO	ACTIVIDAD PROGRAMADA		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	MANTENIMIENTO CORRECTIVO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO												
EQUIPO DE ELCTROESTIMULACIÓN, ELECTROMIOGRAFIA Y BIOFEEDBACK		X											X	

REGISTRO DE MANTENIMIENTO

TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA		DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	NOMBRE DEL PROFESIONAL O TÉCNICO	RH INVIMA
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MANTENIMIENTO CORRECTIVO			
1/11/2023		Actualización Software	Ing. Eduardo Robayo	RH 200808-145

MINSALUD Invima TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2017053321 DE 14 de Diciembre de 2017
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, decreto Reglamentario 4725 de 2005, ley 1437 de 2011 y ley 962 de 2005.

CONSIDERANDO

QUE ANTE ESTE INSTITUTO SE HA SOLICITADO LA CONCESIÓN DE UN REGISTRO SANITARIO AUTOMATICO CON BASE EN LA VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN TÉCNICO LEGAL ALLEGADA ANTE LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, EMITIENDO CONCEPTO FAVORABLE PARA LA EXPEDICIÓN DE ESTE REGISTRO SANITARIO.
EN CONSECUENCIA A LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 57 DE LA LEY 962 DE 2005 EL INVIMA REALIZARA EL CONTROL POSTERIOR DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO.- CONCEDER REGISTRO SANITARIO POR EL TÉRMINO DE DIEZ (10) AÑOS A

PRODUCTO:	NEURO TRAC
MARCA:	NEURO TRAC
REGISTRO SANITARIO NO.:	INVIMA 2017DM-0017312
TIPO DE REGISTRO:	IMPORTAR Y VENDER
TITULAR(ES):	CLS DOTACIONES MEDICAS SAS CON DOMICILIO EN BOGOTA - D.C.
FABRICANTE(S):	VERITY MEDICAL LTD. CON DOMICILIO EN REINO UNIDO
IMPORTADOR(ES):	CLS DOTACIONES MEDICAS SAS CON DOMICILIO EN BOGOTA - D.C.
ACONDICIONADOR(ES):	LOGICALL S.A. CON DOMICILIO EN BOGOTA - D.C.
EQUIPO BIOMÉDICO:	EQUIPO DE APOYO TERAPEUTICO
RIESGO:	IIA
SISTEMAS:	ELÉCTRICO - ELECTRÓNICO
SUBSISTEMAS:	CABLE DUAL, CALE DE REFERENCIA EMG, ELECTRODOS AUTOADHESIVOS (50X 50), PILAS 1,5 V AAA X4,BOLSA DE TRANSPORTE, MANUAL DE FUNCIONAMIENTO.
USOS:	REHABILITACION, MANEJO DEL DOLOR, FORTALECIMIENTO PISO PELVICO, RETROALIMENTACION BIOLOGICA (BIOFEEDBACK),POTENCIACION MUSCULAR
PRESENTACIÓN COMERCIAL:	UNIDAD
OBSERVACIONES:	EL PRESENTE REGISTRO SANITARIO AMPARA LOS SIGUIENTES MODELOS ACCESORIOS Y REPUESTOS EXCLUSIVOS DEL EQUIPO: NEURO TRAC: ELECTROESTIMULADOR MODELO ECS300A; - MULTIELECTROESTIMULADOR MODELOC6V350; - CONTINENCE, MODELO ECS400A - MULTI TENS; - TENS, - SPORTS XL, MODELO ETS201; - SPORTS, MODELO ECS401A; - SIMPLEX, MODELO ESS102. - REHAB, MODELO ECS305A - PELVITONE, MODELO ETS200 - OBSTETRIC. MODELO ECS310A - TENS, MYO PLUS 4 PRO, MODELO MYO 420 P - MYO PLUS 4,MODELO MYO 420 A. - MYO PLUS 2 PRO, MODELO MYO 220P.- MYO PLUS 2, MODELO MYO220A - MYO PLUS PRO. MYO120P - MYO PLUS MODELO MYO120, - IFC REHAB, MODELO IFC184, Y ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO. DATOS TECNICOS: RANGO EMG: 0,2 A 2000 UV RMS, PESO: 1.40 G SENSIBILIDAD 0.1 UV RMS, FUENTE DE ALIMENTACION 4 X 1.5 V PILAS AAA,CORRIENTE DE SALIDA: 0.90 MA (CON 500 ¬ DE CARGA), FORMA DE ONDA: IMPULSO BIFASICO SIMETRICO RECTANGULAR, FRECUENCIA DE PULSO 2 - 100 HZ, ANCHO DE IMPULSO: 50 -330 MS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima
Bogotá
Principal: Cra 10 N° 64 - 28
Administrativo: Cra 10 N° 64 - 60
(1) 2948700
www.invima.gov.co

MINSALUD Invima TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2017053321 DE 14 de Diciembre de 2017
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, decreto Reglamentario 4725 de 2005, ley 1437 de 2011 y ley 962 de 2005.

VIDA ÚTIL: 5 AÑOS
EXPEDIENTE NO.: 20138073
RADICACIÓN NO.: 2017181007
FECHA DE RADICACIÓN: 12 12 2017

ARTICULO SEGUNDO.- CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN PROCEDE ÚNICAMENTE EL RECURSO DE REPOSICIÓN, QUE DEBERÁ INTERPONERSE ANTE EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A SU NOTIFICACIÓN, EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.

ARTICULO TERCERO.- LA PRESENTE RESOLUCIÓN RIGE A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

ARTICULO CUARTO.- LOS DERECHOS QUE SE DERIVEN DE ESTA RESOLUCIÓN QUEDARAN SUJETAS AL CONTROL POSTERIOR QUE DEBE REALIZAR EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO POR EL ARTICULO 22 DEL DECRETO 4725 DE 2005.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

DADA EN BOGOTÁ D.C. A LOS 14 DE DICIEMBRE DE 2017
ESTE ESPACIO, HASTA LA FIRMA SE CONSIDERA EN BLANCO.



ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS
Proyecto: Legal: rolayaa, Técnico: msandovalc, Revisó: cordina_varios

Firma válida

Firmado digitalmente por ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
Fecha: 2017.12.15 08:23:[illegible]
Razón: [illegible]
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima
Bogotá
Principal: Cra 10 N° 64 - 28
Administrativo: Cra 10 N° 64 - 60
(1) 2948700
www.invima.gov.co

30 de mayo de 2024.

ACTA DE ENTREGA

EQUIPO No. SN 68663

Ciudad de entrega: Dosquebradas Risaralda

Cliente: Luz Aidee Castaño Marin

Correo: luzcama10@hotmail.com

Tipo de Equipo:	Equipo laser Therapy EC
Marca:	DMC
Modelo:	THERAPY EC
Número de serie:	SN 68663
Registro Sanitario:	INVIMA 2020EBC-0021406
Garantía:	1 año

Descripción de componentes y accesorios:

1 soporte base

1 cable de poder

1 cargador

1 convertidor de conexión corriente.

3 espaciadores tapón de goma

1 punta para PDT

1 gafas protectora de doctor DMC

1 gafas protectora de paciente

1 manual del equipo

3 pulseras DMC

ACOL ACADEMIALÁSER

Calle 52 #21-62 / Colenias - Bogotá
PBX 7552811 - (320) 800-7513
E-mail: comercial@academialaser.co

Documentación de equipo: Envío digital

- Manual de operación en español (Drive)
- Hoja de vida
- Declaración de importación
- Invima

Mantenimiento y Calibración: Un mantenimiento lo cubre garantía de 1 año Durante el año.

- Periodicidad de Mantenimiento Preventivo: Anual
- Periodicidad de Calibración: Anual

El cliente debe solicitar entre el 9° y 10° mes de la fecha de compra el mantenimiento preventivo del año de garantía, posterior a este, cada año con nosotros debe agendar y enviar equipo a Bogotá a nuestra clínica. Costo de mantenimiento varía según año.

ACOL no se hace responsable por daños o pérdidas causados por terceros o empresas transportadoras del equipo (s) y/o accesorios en los envíos desde o hacia ACOL.

Los firmantes declaran la entrega a satisfacción de este equipo en perfecto funcionamiento y con el inventario verificado a los 30 días de mayo del año 2024.

**El envío de esta acta firmada es obligatorio para dar cumplimiento a garantía y cumplir con requerimiento del INVIMA. Por favor enviar escaneada o foto legible. (las dos hojas)*

Nombre y firma de quién Recibe:

CC. 52.131.982.

Entrega: Ingrit Farias.

Directora comercial

En caso de que EL COMPRADOR por cualquier circunstancia después de recibir el o los bienes no firme acta, esta será firmada únicamente por EL VENDEDOR dejando la anotación sobre la negativa de EL COMPRADOR.

Calle 53 #21-62 / Galerías - Bogotá
PBX 7552811 - (320) 800-7313
E-mail: comercial@odontologiaacol.co

ACTA DE CAPACITACION

ENTRENAMIENTO LASER THERAPY EC DMC

MODALIDAD DE CAPACITACIÓN	VIRTUAL
TIEMPO	8 HORAS
ENTREGA DE CERTIFICADO	AL FINALIZAR CAPACITACIÓN
NOMBRE DE ENTRENADO	Luz Aidee Castaño Marin
No. DE SERIE	SN 68663

Temario	Realizado
Nociones básicas de manejo: Encendido y apagado	X
Comandos	X
Dosis	X
Selección de tipo de láser (Rojo e Infrarrojo)	X
Carga del equipo y nivel de batería	X
Accesorios y piezas del equipo	X
Manejo y cuidados	X

Fecha: 30 mayo de 2024

Dr. Diego Alejandro Gaviria Beitia
Director de ACOL y del ITAV

FIRMA

CC. 42.151.932.

Nombre: Luz Aidee Castaño Malin

CC 42.151.932

AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER S.A.S.

ACOL	FORMATO HOJA DE VIDA EQUIPOS	Código: FOR-HVD-01 Versión: 04 Fecha: 2020/07/30 Página 1 de 1

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EQUIPO:	Sistema Laser de Multiple uso en Estética
MARCA:	DMC IMP E EXP Equipamentos Ltda
MODELO:	Therapy EC
SERIE:	68663



DATOS DE ADQUISICIÓN

FABRICANTE:	DMC Importacao E Exportacao de Equipamentos LTDA
PAÍS DE ORIGEN:	Brasil
CONTACTO:	55(48)3224-5107
FECHA ADQUISICIÓN:	15/12/2023
FORMA DE ADQUISICIÓN:	Compra

IMPORTADOR/ DISTRIBUIDOR:	AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER S.A.S
CIUDAD/PAÍS:	Bogotá / Colombia
CONTACTO:	artekgerencia@gmail.com
VIDA ÚTIL:	5 Años

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

TECNOLOGÍA PREDOMINANTE:	Electrónica

REGISTRO INVIMA:	2020EBC-0021406

CLASIFICACIÓN BIOMÉDICA:

DIAGNÓSTICO [X]
REHABILITACIÓN
TTO Y MNTO DE LA VIDA
PREVENCIÓN
ANÁLISIS LABORATORIO

CLASIFICACIÓN POR RIESGO: I [ ] IIA [X] III [ ]

MOVIL: [ ] FIJO: [X]

APOYO TÉCNICO

MANUAL SERVICIO: [ ] MANUAL OPERACIÓN [X] PLANOS [ ]

DIAGRAMA DE PARTES: [ ] OTROS:

MANTENIMIENTO

PERIODICIDAD PREVENTIVO (recomendaciones Fabricante):	Semestral

CALIBRACIÓN: SI [X] NO [ ]

PERIODICIDAD: Anual

COMPONENTES

NOMBRE	MARCA	MODELO	SERIE/LOTE	OBSERVACIONES
Fuente de Poder 5V 2A	DMC	Therapy EC	68663	Ninguna
Soporte Pieza de mano	DMC	LOT 0074		Ninguna
Pieza de Mano	DMC	Therapy EC	68663	Ninguna
Protector ocular Operario	DMC	LOT 10029		ninguna
Protector ocular Usuario	DMC	No registra		ninguna
3 Pulsera de prueba	DMC	LOT 10203		ninguna
3 Espaciador	DMC	LOT 10068		ninguna
Guia de Usuario	DMC	V.11	068663	ninguna

REGISTRO HISTÓRICO DE MANTENIMIENTO

FECHA	MANTENIMIENTO P	C	CL	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	NOMBRE DEL PROFESIONAL A CARGO Y FIRMA
30/01/2024	X			Se realizo pruebas de funcionamiento, inspección, verificación	Juan Guillermo Pérez

biomelders.s.a.s

Reporte de Servicio

FO-ES-01
Versión: V.11
Fecha de revisión: 2019/04/08
No 47340

Fecha:	2024/01/30	**Hora inicio:**	11:00:00	**Hora final:**	11:30:00
Entidad:	Agencia Comercializadora de Odontología Láser SAS				
Ubicación:	Bodega			**Ciudad:**	Bogotá

Información del Equipo

Equipo:	Sistema Laser de Multiple Uso en Estética			**Marca:**	ONC IND E EXI Equipamentos Ltda
Modelo:	Therapy EC			**Serie:**	68663
Activo:	N/A	**Número ID:**	N/A	**Solicitud:**	Inspección de calidad, pruebas funcionales, verificación

Aruto reportado

Ninguno

Estado del Equipo

Convenciones: B=Bueno, M=Malo, N/A= No aplica

Descripción	Estado Inicial B	M	N/A	Estado final B	M	N/A
Condiciones de la instalación	✓			✓		
Condiciones físicas	✓			✓		
Condiciones funcionales	✓			✓		
Accesorio(s)	✓			✓		
Alarma(s) del sistema	✓			✓		
Bateria(s)	✓			✓		
Parámetros	✓			✓		
Sensor(es) / Transductor(es)			✓			✓
Sistema acústico			✓			✓
Sistema(s) de control	✓			✓		
Sistema eléctrico	✓			✓		
Sistema electrónico	✓			✓		
Sistema hidráulico			✓			✓
Sistema mecánico	✓			✓		
Sistema neumático			✓			✓
Sistema óptico	✓			✓		
Otros:						

Protocolo Utilizado: Manual de usuario

Verificación de variables

Variable 1: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Variable 2: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Variable 3: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Variable 4: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Variable 5: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Variable 6: N/A

SET	L-IP	L-ESP	U.M.

Patrones de medida: N/A

Convenciones: SET: Valor Programado, L-: Lectura, Lp: Instrumento Patrón, EPR: Equipo bajo prueba, U.M=Unidad de medida, N/A= No aplica, E=En lectura.

Diagnóstico inicial

Equipo funcionamiento correctamente

Trabajo realizado

Pruebas de funcionamiento, inspección, verificación

Repuestos instalados:

Ninguno

Observaciones

Equipo funcionando correctamente. Ingresa con los siguientes accesorios: Fuente de Poder 5V 2A SN: 69663, Soporte Pieza de Mano LOT 9014, Pieza de Mano SN: 68663, Protector ocular Operario LOT 13023, Protector ocular Usuario, 3 Pulsera de prueba LOT 10203, 3 Espaciador LOT 10068, Guia de Usuario SN:068663

Realizado por:		Recibido por:	
Nombre:	[illegible] González	**Nombre**	Angie Tejedor
Cargo	Ingeniero Biomedico	**Cargo**	Auxiliar Operativa

Este documento no podrá ser reproducido total ni parcialmente sin la autorización escrita de Biomelders S.A.S
Biomelders S.A.S NIT. 900697224-4. www.biomelders.com Email: ingeniero1@biomelders.com Teléfono 3004098669. Bogotá D.C.

MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCION No. 2022037641 DE 9 de Noviembre de 2022
Por la cual se Modifica una Resolución

La Directora Técnica de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005 modificado por el Decreto 582 de 2017, y ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20166474 **RADICACIÓN:** 20221228599 **FECHA:** 29/09/2022
PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN: INVIMA 2020EBC-0021406 **VIGENCIA:** 18/03/2030

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2020010014 de 18 de Marzo de 2020, el Invima concedió Permiso de Comercialización No. INVIMA 2020EBC-0021406 para el producto FAMILIA THERAPY - SISTEMA LÁSER DE MÚLTIPLES USOS EN ESTÉTICA / THERAPY a favor de ODONTOLOGÍA LASER S.A.S con domicilio en BOGOTA - D.C. en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante escrito número 20221228599 radicado el 29/09/2022, el Doctor OSCAR NICOLAS ORDOÑEZ RIVERA, actuando en calidad de Apoderado de la empresa AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER S.A.S, presentó solicitud de modificación al Permiso de Comercialización mencionado, en el sentido de OBTENER APROBACIÓN PARA CAMBIO DE TITULAR E IMPORTADOR.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que ante este Instituto se ha solicitado la concesión de una modificación con base en la verificación de la documentación técnico legal allegada ante la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, emitiendo concepto favorable para la expedición de esta modificación.

En consecuencia a lo anterior, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017, el INVIMA de acuerdo con las facultades de inspección, vigilancia y control, podrá verificar en cualquier momento la información suministrada para la modificación automática, teniendo en cuenta el riesgo del dispositivo médico.

En consecuencia este Instituto:

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución No. 2020010014 del 18 de marzo de 2020 que concedió Permiso de Comercialización No. INVIMA 2020EBC-0021406 a favor de AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER S.A.S con domicilio en BOGOTA - D.C. para el producto FAMILIA THERAPY - SISTEMA LÁSER DE MÚLTIPLES USOS EN ESTÉTICA / THERAPY, en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR:**

CAMBIO DE TITULAR ODONTOLOGIA LASER S.A.S, QUEDANDO:

AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER SAS.
Con domicilio en: Ac 53 No. 21 62, BOGOTÁ D.C.

CAMBIO DE IMPORTADOR ODONTOLOGIA LASER S.A.S, QUEDANDO:

AGENCIA COMERCIALIZADORA DE ODONTOLOGIA LASER SAS.
Con domicilio en: Ac 53 No. 21 62, BOGOTÁ D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante la DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
Oficina Principal: Cra 68 No 64 - 48 - Bogotá
Administrativa: Cra 50 No 26 - 20
Código Postal
www.invima.gov.co

RESOLUCION No. 2022037641 DE 9 de Noviembre de 2022
Por la cual se Modifica una Resolución

La Directora Técnica de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005 modificado por el Decreto 582 de 2017, y ley 1437 de 2011.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

ARTICULO CUARTO:- Los Derechos que se deriven de esta Resolución quedaran sujetas al control posterior que debe realizar la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA de conformidad con lo previsto por el artículo 3 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 9 de Noviembre de 2022

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

LUCIA AYALA RODRIGUEZ
DIRECTOR(A) TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS
Proyectó: Legal: sroncancioc, Técnico: lrivasrn

Signature Not Verified
Firmado digitalmente por LUCIA AYALA RODRIGUEZ
Fecha: 2022/11/09 14:38:46 COT
Razón: Invima
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - invima
Oficina Principal: Cra 10 N° 64 - 28 Bogotá
Administrativo: Cra 10 N° 64 - 60
(601) 742 400
www.invima.gov.co