ESE HOSPITAL ORITO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	CÓDIGO: FT-GTH-TH
	FORMATO PARA LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS HOJA DE VIDA DEL PERSONAL ASISTENCIAL	VERSIÓN: 05
		FECHA:12/06/2026

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL TRABAJADOR (A): Luisa Fernanda Pino Devia
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°.: 1.002.961.094
DENOMINACIÓN DEL CARGO: Enfermera Jefe
SERVICIOS/ÁREA QUE APLICA: EBS
FECHA INICIACIÓN VINCULACIÓN: 16/09/26

ÍTEM	REQUISITO				OBSERVACIÓN
	REQUISITOS GENERALES	SI	NO	NA	
1	Hoja de vida SIGEP II completa	✓			
2	Documento de Identificación	✓			
3	Libreta militar (Hombre menores de 50 años)			✓	
4	Título de Bachiller y acta de grado	✓			
5	Título deTécnico, Técnologo o profesional y acta de grado	✓			
6	Título de especialista/maestría/doctorado y acta de grado			✓	
7	Tarjeta profesional y/o resolución para ejercer	✓			
8	Registro unico de talento humano en salud RETHUS	✓			
9	Resolución de convalidación del título si es en el extranjero (no es valido la certificación que está en trámite) - Concepto DAFP			✓	
10	Declaración juramentada de Bienes y Rentas (Circular 002 de 2014 del DAFP, para empleados públicos)	✓			
11	Examén médico ocupacional	✓			
12	Certificado de afiliación de salud	✓			
13	Certificado de afiliación Pensión	✓			
14	Certificado de antecedentes judiciales	✓			
15	Certificado de antecedentes Fiscales	✓			
16	Certificado de antecedentes Disciplinarios	✓			
17	Certificado de Medidas correctivas (RNMC)	✓			
18	Certificado del REDAM (Registro de deudores morosos	✓			
19	Certificado de Inhabilidad por delitos sexuales	✓			
20	Registro unico Tributario - RUT	✓			
21	Carnet de vacunas (Influenza, Fiebre Amarilla, Covid, toxoide tetánico adultos, hepatitis B, sarampión rubeola)	✓			
22	Certificado de humanización de los servicios de salud	✓			
23	Certificado de Seguridad del Paciente (Todo el personal asistencial)	✓			
24	Curso Soporte Vital Básico (Resolución 3100-2019) Todo el personal asistencial	✓			
25	Curso de soporte Vital Avanzado (ACLS)- personal Médico			✓	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por una institucion avalada por el Instituto nacional de salid INS (Res. 3100/2019), Personal médico servicios de hospitalización, urgencias.			✓	
27	Certificado de la OPS del curso de Diagnóstico y manejo clínico del dengue (Todo el personal médico, enfermeros jefes, auxiliares de los servicios de urgencias, hospitalizacion y consulta externa y Bacteriólogos de laboratorio clínico)			✓	
28	Certificado para la Gestión del Duelo (Res. 3100-2019). Para personal de Urgencias y Sala de Partos.			✓	
29	Certificado del curso en Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Res. 3100-2019), personal de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Farmacia, Laboratorio.			✓	
30	Certificado del curso en Atención a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (Res. 3100-2019), personal de urgencias y transporte asistencial			✓	
31	Certificado del curso en Atención a Víctimas del Conflicto Armado (Decreto 4800-2011) urgencias, hospitalización, Consulta externa (persona médica y de enfermera) y profesionales de la Psicología	✓			
32	Certificado del curso actulizacion Toma de Citologías- Enfermeras de P y M	✓			
33	Certificación en Toma de Muestras de Laboratorio – Personal de auxiliares de laboratorio y personal auxiliar de enfermería de los servicios de urgencias y hospitalizacion			✓	
34	Certificado del curso para el diagnóstico y control de Enfermedades Transmitidas por Vectores – Bacteriólogos, médicos y Enfermero profesional de los servicios de urgencias y hospitalización, Auxiliares de Laboratorio y Toma de Muestra.			✓	
35	Certificado del curso en Inserción de Implante Subdérmico- enfermeras de P y M	✓			
36	Curso de formación continua en sedación, para personal médico de urgencias y hospitalización.			✓	
37	Certificado de la OPS del curso en manejo de la guía de intervención MhGAP para trastornos mentales neurológicos, y por consumo de sustancias, para todo el personal médico de urgencias, consulta externa y psicología			✓	

38	Certificado de curso de manejo integrado de DNT Aguda en niños menores de 5 años, personal médico general de todos los servicios.			✓	
39	Certificado del curso de Atención a Personas con Discapacidad (Resolución - 113-2020) para el proceso de certificacion.			✓	
40	Certificado de soporte vital avanzado pediatrico (PALS) expedido por una institución avalada por la American Heart Asociación (AHA),personal médico y enfermería de PyM, Consulta Externa y Urgencias.			✓	
41	Certificado de Triage, personal Medico, enfermeros y auxiliares de enfermeria de los servicios de urgencia y hospitalización			✓	
42	Certificado del curso en las Rutas Integrales de Atención - RIAS priorizadas Res. 3280 por el MSPS o instituciones afines (preferiblemente por el MSPS), personal médico y enfermería de PyM, Consulta Externa y Urgencias.	✓			
43	Certificado del curso de protección radiológica, personal expuesto a radiaciones.			✓	
44	Certificado del Curso de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo),Personal médico de todos los servicios			✓	
45	Certificado del Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo, Personal Médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización			✓	
46	Certificado del Curso HEARTS en las Americas: Paquete Tecnico - OPS/OMS- PAHO, Personal Médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización			✓	
47	Certificado de Curso de pruebas en el punto de atención del paciente - (Point Of Care Testing-POCT), Personal de Enfermería, Auxiliar de Enfermería de los servicios de Urgencias y Hospitalizacion, personal auxiliar de laboratorio y Toma de Muestras			✓	
48	Curso de Implementacion de recomendaciones en deteccion temprana de cancer para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM	✓			
49	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
50	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de prostata para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
51	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de Pulmon para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
52	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para medicos, personal Medico del area de PYM		X		
53	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para Enfermeros personal de Enfermeria del area de PYM		X		
54	Certificado de Curso de Virus de Papiloma Humano personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
55	Certificado de Curso de Tecnicas de Inspeccion via Vili,personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
56	Certificado de Curso Deteccion temprana de Cancer Infantil, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
57	Certificado de Curso Prevencio y Deteccion de Cancer de Piel, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
58	Certificado de Curso Deteccion temprana de Cancer de Cavidad Oral y Oro Faringe, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
59	Certificado de Curso de Seguridad de la vacuna contra el cancer de cuello Uterino (VPH), personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM	✓			
60	Certificado de Curso Regional Prevencion y Deteccion Temprana de Cance, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
61	Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer Gastrico, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM		X		
62	Certificado de Curso para HTA, DIABETES Y EPOC, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM	✓			
63	Certificado de la OPS del curso Correcto Llenado del Certificado de Defunción (Circular SSD No. 0118 del 18 febrero 2025), solo personal médico.			✓	
64	Curso VigiFlow, para personal regente de farmacia			✓	
65	Curso Virtual de la OPS Vigilancia en salud publica de maternidad segura de urgencias y hospitalizacion.			✓	
66	Certificación de los cursos y/diplomados	✓			
67	Certificación de las constancias laborales	✓			
68	Certificacion bancaria	✓			
69	Poliza de responsabilidad civil medica	✓			

Observación: Los requisitos deberán mantenerse actualizados según lo solicite la ESE Hospital Orito, garantizando así la actualización de conocimientos y el cumplimiento de la normatividad vigente, con el objetivo de preservar la seguridad, calidad y humanización en todos los servicios de salud.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION

FORMATO COMPLETO

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
Pino	Devia	Luisa Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1002961094	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 04 MES 06 AÑO 2001	CALLE 3A SUR 54 23 SUR Casa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAUCA
DEPTO	CAUCA	MUNICIPIO	POPAYÁN		
MUNICIPIO	POPAYÁN	TELÉFONO		EMAIL	luisa-pinod@unilibre.edu.co

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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2018
										X				

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	9	X		ENFERMERIA	03	2025	

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 COMPLETO

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
Politécnico internacional de occidente	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		Curso seguridad del paciente	03	2025
Politécnico internacional de occidente	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	160	X		Diplomado en unidad de cuidados intensivos para profesionales	12	2024
Organización panamericana de la salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	25	X		Curso trato materno y neonatal respetuoso	05	2024
Organización panamericana de la salud	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Curso diagnóstico y manejo clínico del dengue	05	2024
Fundación valle del lili y universidad ICESI	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		V congreso en cuidado intensivo adulto	08	2023

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CARTAGO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6206000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA SS0	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3B 1A 163					

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	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 2/09/2026

Luisa F Pino

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

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.002.961.094



Apellidos
PINO DEVIA

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 JUN 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
POPAYAN (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
19 JUL 2019, POPAYAN

Firma

Fecha de expiración
01 FEB 2034

.CO

038789300

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL038789300011001<<<<<<<<<<<
0106049F3402018COL1002961094<1
PINO<DEVIA<<LUISA<FERNANDA<<<<

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa "José Eusebio Caro"

Popayán - Cauca

Aprobada por la Secretaría de Educación Cultura y Deporte del Municipio de Popayán mediante Decreto Nº 139 del 6 de agosto de 2003

Nit: 800.046.335-2 - Código Dane: 119001000

Confiere a :

Luisa Fernanda Pino Devia

Identificado (a) con Ti 1002961094 de Popayán (Cauca)

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica, según los planes de estudio y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I y de conformidad con el Decreto Nacional 1290 de 2009.

Simón Eduardo Mosquera Peña
C.c. No. 10.540.393 de Popayán
(Rector)

Clara Inés García Díaz
C.c. No. 66.762.300 de Popayán
(Secretaria)

Dado en Popayán - Cauca a los 7 días del mes de Diciembre de 2018

Anotado en el Control Interno del Plantel en el

Libro de Registro No 03 Folio No 75 Diploma Nº 68

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"JOSÉ EUSEBIO CARO"
Nit: 800.046.335-2
Código Dane: 1190010000

Acta de Grado Individual

En la ciudad de Popayán - Cauca, a los 7 días del mes de diciembre de 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el suscrito Rector y Secretaria en la rectoría de la Institución Educativa **"JOSÉ EUSEBIO CARO"** de Popayán, aprobada hasta el nivel de educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Cultura y Deporte del Municipio de Popayán para otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO,** mediante decreto 139 del 6 de Agosto de 2003,

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica, se procedió a otorgar el titulo de:

BACHILLER ACADÉMICO.

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

Luisa Fernanda Pino Devia

Identificado (a) con Ti 1002961094 de Popayán (Cauca)

Es fiel copia del Acta Original General No 17 de fecha 7 de diciembre de 2018 que consta de 95 alumnos que comienzan con el nombre de ***Acosta Martínez Isabel Meliza*** y se cierra con el nombre de ***Vidal Castillo Daniel Santiago.***

Dada en Popayán, Cauca a los 7 días del mes de diciembre de 2018.

Simón Eduardo Mosquera Peña
C.c. No. 10.540.393 de Popayán
(Rector)

Clara Inés García Díaz
C.c. No. 66.762.300 de Popayán
(Secretaria)

Tipografía la Palma Tel: 3154004263 Popayán

Scanned with CamScanner

República de Colombia

UNIVERSIDAD LIBRE®

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

CC Nº 1.002.961.094 de POPAYAN (CAUCA)

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Enfermera

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

COPIA ELECTRÓNICA AUTÉNTICA

Decano

En la ciudad de SANTIAGO DE CALI
27 de marzo de 2025
Acta 1558, Folio 1558

El Rector

Digitally signed by :ETITULO - UNIVERSIDAD LIBRE -
Date: 12 mar. 2025 14:31:30 UTC
https://etitulo.com/validate/v/2C0A0F0C-5EE8-4ED4-96AD-1DEB9B7304E3

249907

Secretario General (e)

Oficina de Admisiones y Registro
27 de marzo de 2025
Registro 42701, Folio 7975, Libro de Registro 40

Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL CALI
Nit. 860.013.798-5

No. 15560

Acta de Grado No. 1558
Folio No. 1558

En el Aula Máxima de la Universidad Libre Seccional Cali, siendo las 10:00 a.m., del día 27 de marzo de 2025, se reunieron los Doctores ***DIANA MILENA MARTINEZ BUITRAGO****, Rectora Seccional,* ***LUIS EDUARDO ROJAS GIRON****, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y* ***LUIS GONZALO ZAMBRANO PERAFAN****, Secretario Académico de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución N° 001 del 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del artículo 34 del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del egresado (a)* ***LUISA FERNANDA PINO DEVIA,*** *identificado (a) con la cédula de ciudadanía No* ***1.002.961.094*** *de Popayan (Cauca) quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del programa para optar al título de:* ***ENFERMERA***

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado(a) ***LUISA FERNANDA PINO DEVIA,*** *del diploma y copia de la presente Acta de Grado.*

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Santiago de Cali, a los veintisiete (27) días del mes de marzo del año 2025.

Secretario Académico
Facultad Ciencias de la Salud

Powered by CamScanner

VIDA Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



LUISA FERNANDA PINO DEVIA

C.C. 1.002.961.094

Universidad Libre

Cali

Fecha de Expedición del Diploma: 27/03/2025

Fecha de Inscripción en Rethus: 20/05/2026

Scanned with CamScanner

73546



Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Scanned with CamScanner

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.

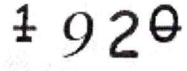
Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1002961094

Primer Nombre
LUISA

Primer Apellido
PINO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1223

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-09-16

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Pr
CC	1002961094	LUISA	FERNANDA	PI

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Julia Fernanda Pino Deuda

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1002461094 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Otro

País	Departamento	Municipio
Colombia	Putumayo	Otro

Dirección	Teléfonos
Calle 4#11-68	3167295128

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jose Luis Pino Muñoz	4615660	Papá
Sandra Camila Deuda Narvaez	66997345	Mamá

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** X **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 8.400.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0 -
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0 -
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0 -
TOTAL	$ 8.400.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorro	86800004461	Popayán	400.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
NU	Tarjeta credito	$ 1.000.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Luis Fernando Pino

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Cali 17-09-2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

ACTIVA IPSO S.A.S

NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



N° 76.077

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	08 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SERVICIOS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PINO DEVIA LUISA FERNANDA	FEMENINO	25 AÑOS 2 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1002961094 (Número)

Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL

EPS	AFP	ARL
EMSSANAR	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : ADECUADOS Y PERMANENTES DE ACUERDO A LA LABOR	HÁBITOS SALUDABLES : ACTIVIDAD FISICA REGULAR , 3V/SEM
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EN LA JORNADA LABORAL - ALTERNAR POSTURAS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN : SGSST - EDUCACION POSTURAL - HABITOS DE VIDA SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO - HIGIENE VISUAL	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : ALTA INGESTA DE PROTEINAS , FRUTAS Y VERDURASA ; BAJA EN SAL, AZUCARES Y GRASAS .

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AL MOMENTO DE LA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL NO SE ENCUENTRAN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

ELSA MARLENE OSORIO MUÑOZ
CC 34533693 Popayan
LIC SO 034/22

Firma:

Nombre: CC: 34533693 - ELSA MARLENE OSORIO

R. M.: 638 L.S.O.: 034/2022

Código de Seguridad 7979F1176077

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PINO DEVIA LUISA FERNANDA

CC: 1002961094

Scanned with CamScanner

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8

Registro de Cámara de Comercio N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR S.A.S.

Movilidad Régimen Contributivo

EMSSANAR S.A.S., CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1002961094
Apellidos:	PINO DEVIA
Nombres:	LUISA FERNANDA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	25/08/2026
Departamento de Afiliación:	CAUCA
Municipio de Afiliación:	POPAYÁN
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
CM COLOMBIA DISPENSARIO SAS - POPAYAN (CAUCA)	CL 8 KR 15 - 36	MEDICAMENTOS
BIOS IPS MEDICAL CENTER SAS - POPAYAN (CAUCA)	KR 11 CL 9 N - 39	MEDICINA GENERAL PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ODONTOLOGÍA

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artìculo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 14 de Septiembre de 2026 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR S.A.S.

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

| Pensiones Obligatorias

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.961.094**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 03 de mayo de 2025.

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:49:35 PM horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1002961094**

Apellidos y Nombres: **PINO DEVIA LUISA FERNANDA**

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.

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 miércoles 16 de septiembre de 2026, a las 16:44:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002961094
Código de Verificación	1002961094260916164417

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303086053

PIB
21:16:24

Bogotá DC, 16 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUISA FERNANDA PINO DEVIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002961094:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2026 11:53:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1002961094 .**

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. **147838861** . 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

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 1002961094 **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 16/09/2026 09:35 PM

Código Verificación: **K2NVXT7LFA**

Válida hasta: **17/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141278866391

(415)7707212489984(8020) 000014127886639 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 9 6 1 0 9 4	3	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 9 6 1 0 9 4	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINO	DEVIA	LUISA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CL 3 A # 54 - 23 CA casa de tres pisos

42. Correo electrónico: luisa-pinod@unilibre.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 1 2 9 5 1 2 8	3 1 8 8 3 3 5 8 6 9

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 9	2 0 2 6 0 9 1 5					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-16 / 10:08:52PM

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 PINO DEVIA LUISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b8177fd2-cf94-4b5a-9ca4-3730d655d1da

Nombres y apellidos / Full name: **LUISA FERNANDA PINO DEVIA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 2 9 6 1 0 9 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **04/06/2001**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Segunda	25	01	2020		2338X004AE	POPAYAN HOSPITAL MARIA OCCIDENTE	SANDRA JIMENA MANQUILLO ZAMBRA
COVID ASTRAZENECA	Primera	31	08	2021	Oxford-AstraZeneca	77785	CALI UNIDAD INTEGRAL EN SALUD UNICENTRO	ANCIZAR TAMANIZA TAMANIZA
COVID ASTRAZENECA	Segunda	11	02	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	CALI UNIDAD INTEGRAL EN SALUD UNICENTRO	VERONICA GOMEZ DIAZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	09	2022	Green Cross	V50222011	CENTRO MEDICO SURA AVENTURA PLAZA	MONICA ORTIZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	26	10	2022	PFIZER	PCA0076	CALI CENTRO DE SALUD TERRON COLORADO	LIZ VELEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	09	2023	BUTANTAN	230047	CENTRO MEDICO SURA AVENTURA PLAZA	LILIAN MUÑOZ
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	14	02	2024		010B23-2A	CALI CENTRO DE SALUD SILOE	NINFA ISABEL OBANDO MORA
Fiebre Amarilla	Única	14	02	2024	Fabricante	213VFC036Z	CALI CENTRO DE SALUD SILOE	NINFA ISABEL OBANDO MORA
Influenza Adultos Particular	Anual	05	05	2025		KIIA	CALI PRODUMEDIHOS SAS	LEIDY MONTUFAR

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

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

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

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

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

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

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

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

PREVENTSALUD

NIT: 900222090-0

RESULTADOS

FECHA: 2021-06-04 HORA: 14:52:49

1002961094

Hepatitis B anticuerpos S Cuantitativo - Remitido

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en el figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia



NOMBRE:	LUISA FERNANDA PINO DEVIA	**DOCUMENTO:**	1002961094	**EDAD:**	20.0 Años
DIRECCIÓN:	CRA 50 N 2 C D 20Popayán	**TELÉFONO:**	3188335868	**GENERO:**	F
EMPRESA:	Particular				

ANALISIS	**RESULTADO**	**V.REFERENCIA**
Técnica: Quimioluminiscencia	>2000 mUI/ml	
REACTIVO: Mayor o igual a 10 mUI/ml		
NO REACTIVO: Menor de 10 mUI/ml		

Observaciones: Observaciones: Esta prueba fue procesada en un laboratorio externo

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

Responsable: OLGA MYRIAN DORADO DORADO
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
RES.19-1526

Escanee el código si desea verificar datos

PREVENTSALUD

NIT: 900222090-0

RESULTADOS

FECHA: 2021-04-05 HORA: 15:16:49

1002961094

ANTICUERPOS PARA VARICELA IgG

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



NOMBRE:	LUISA FERNANDA PINO DEVIA	**DOCUMENTO:**	1002961094	**EDAD:**	19.8 Años
DIRECCIÓN:	CRA 50 N 2 C D 20Popayán	**TELÉFONO:**	3188335869	**GENERO:**	F
EMPRESA:	Particular				

ANALISIS	**RESULTADO**	**V.REFERENCIA**
ANTICUERPOS DE VARICELA Ig G	2.24	
Técnica: Quimioluminiscencia		
NEGATIVO: Menor de 0.60		
DUDOSO: 0.60-0.90		
POSITIVO: Mayor de 0.90		

Observaciones: Observaciones: Esta prueba fue procesada en un laboratorio externo

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

Responsable: OLGA MYRIAN DORADO DORADO
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
RES.19-1526

Escanee el código si desea verificar datos

Calle 17 norte No. 9-85 Barrio Antonio NariÃ±o Popayán - Colombia **PBX: 820 16 98**
preventsalud.co info@preventsalud.co

Escaneado con CamScanner

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTOS

VACUNA	1A DOSIS	2A DOSIS	3A DOSIS	REF.	REF.
HEPATITIS B	16-01-20	18-11-20	25/04/21	05 MAY 2022	
TETANO	25 ENE 2020	18-11-20	MAYO 09 2021	11 MAYO 2022	
VPH (virus del papiloma humano)					
INFLUENZA	04/06/21	MAYO 2022			

FluQuadri 0.5 ml — L: UJ626AB — E: 13ENE22 — M: 13ENE21

PREVENT–SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

TWINRIX (Hepatitis A + Hepatitis B)					
MENINGITIS (Meningococo 9C)			FIEBRE AMARILLA		
HEPATITIS A	18-11-20	18 MAYO 2021	MMR (triple viral) X	17	10 AÑOS
VARICELA anticuerpo			BOOXTRIX (Difteria, Tetanos, Pertusis acelular)	05/04/21	DOSIS UNICA
NEUMOCOCO (Neumo 23)	27/02/21	3 AÑOS	FIEBRE TIFOIDEA		
MENACTRA	05/04/21	DOSIS UNICA	NEUMOCOCO PREVENAR		
PPD · OTRAS	05/04/21	27/07/21			
OTRAS					

CS Escaneado con CamScanner

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luisa Fernanda
Apellidos: Pino Deva
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1002961094
Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 06 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	29 SEP. 2023 230094		Vanessa Muñoz Auxiliar Enfermeria R. No. 761746
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud — MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Luisa Fernanda
Apellidos: Pino Deva
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1002961094
Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 06 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	31 MAYO 2021	Astrazeneca	777 85	Sinergia	Auxiliar de Enfermeria Reg. 0437 C.C. 1.005.096.649	
	2	11 Feb 2022	Astrazeneca	NMO 219	Sinergia	Auxiliar de Enfermeria C.C. 1144093634 Reg. 788591	

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698 - Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

IMPORTANTE

Las vacunas logran que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes infecciosos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se activan cuando entramos en contacto nuevamente con los microorganismos, protegiendonos así contra las enfermedades.

MUCHAS GRACIAS

RECOMENDACIONES

No hacerse masaje en el sitio de aplicación de la vacuna.

Si usted se vacuna contra meningococo o tetanos es normal las siguientes reacciones: Fiebre, Dolor frecuente, enrojecimiento.

Si se aplica M.M.R, Rubéola, Sarampión o Fiebre Amarilla debe esperar tres meses para quedar en embarazo.

Si se presenta un síntoma diferente a los explicados anteriormente, favor dirigirse a Prevent-Salud ubicado en calle 17N No. 9-85 Barrio Antonio Nariño - Teléfono: 820 1698

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698
Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

CARNET DE VACUNACIÓN

C.C. 1002961094

Luisa Fernanda Pino Deña

NOMBRE:

04/06/01

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

3188335869

TELÉFONO:

Escaneado con CamScanner

CARNET DE VACUNACIÓN

NOMBRE: NIP:

VACUNA	DOSIS	FECHA			LOTE	LAB	FIRMA Y SELLO
		DD	MM	AA			
TÉTANO	1						
Td	2						
DTPa	3						
	Ref						
HEPATITIS B	1						
	2						
	3						
HEPATITIS A	1						
	2						
VARICELA	1						
	2						
INFLUENZA		05	MAYO	2025	K117		PRODUMEDIHOS NIT 900.439.346-3
NEUMO 23	1						
	Ref						
MENINGOCOCO BC	1						
	2						
MENACTRA	1						
M.M.R.	1						
FIEBRE AMARILLA	1						
FIEBRE TIFOIDEA	1						
V.P.H.	1						
	2						
	3						
REFUERZOS	1						
	2						
OTRAS PPD		05	MAYO	2025	P3569-1		PRODUMEDIHOS NIT 900.439.346-3

Powered by CamScanner

Certificado de Vacunación

NOMBRE Luisa Fda Pino Devia

NIP 1002961094

Certificado de Vacunación

PRODUMEDIHOS
VACUNACIÓN EMPRESARIAL

Centro Medico San Jose

Calle 7 No. 29-55 Segundo Piso Consultorio 214 - Tel: 602 556 8110
315 5553366 - 315 5017315 - 316 5258229 - 316 0178330 - 318 6853650
prodmedihosas@gmail.com - www.vacunacionfamiliar.co
@vacunascolombia

Powered by CamScanner

PRODUMEDIHOS

GLADYS ASPRILLA HINESTROZA
BACTERIOLOGA

Paciente: Luisa Fernanda Pino Devia
Identificación: 1002961094
Género: FEMENINO
Fecha de nacimiento: 4/06/2001
Convenio: PARTICULAR

Fecha de toma: 5/05/2025
Fecha de lectura: 8/05/2025

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDADES
INMUNOLOGÍA	**NEGATIVO**	**4 mm**
Sobre prueba tuberculina PPD (Tuberculosis) Derivado proteico purificada tuberculina		

GLADYS ASPRILLA HINESTROZA
BACTERIOLOGA
TP.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	16-09-26	0126N030	Martha M
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	25-01-20	2338X004AE	Sandra
	2	16-09-26	2335030	Martha M
	3			
	4	Cita: 16-Mar-70-27		
	5			
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19	Ad	16-09-26	NC1908	Martha M
Otras				

Scanned with CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luisa Fernanda

Apellidos: Pino Devia

Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1002961094

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 06 Año 2001

Scanned with CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.002.961.094

Asistió al Curso de:

RESOLUCIÓN 3280

Intensidad Horaria de 70 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS (2) AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE POPAYAN A LOS 19 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.002.961.094

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE POPAYAN A LOS 23 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

Politécnico PIO

VIGILADO POR
ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Hace Constar que:

Luisa Fernanda Pino Devia

C.C. 1.002.961.094

Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social
Con una intensidad (8) horas a Certificar.

Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.

POLITÉCNICO PIO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE- Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.9502
Secretaria de Educación Santiago de Cali D.E, **06 De Marzo 2025**

Institución reconocida por SENA

ISO 9001

CELAC

N°- 20241129-V11

Ericka Moreno

ERICKA MORENO TASCON
Vicerrectora Académica
POLITÉCNICO PIO

Para verificación de la autenticidad de esta certificación favor comunicarse al teléfono 6682452 o al correo electrónico secretaria.academica@pio.edu.co

Powered by CamScanner

Politécnico PIO

VIGILADO POR

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Hace Constar que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

C.C. 1002961094

Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:

SOPORTE VITAL BÁSICO

El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social
Con una intensidad (24) horas a Certificar.

Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.

POLITÉCNICO PIO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE- Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.9502
Secretaria de Educación Santiago de Cali D.E, **12/03/2025**

Institución reconocida por

SENA

Sistema de Gestión de la Calidad Certificado ISO 9001

CELAC Centro Latinoamericano de Certificación

12/03/2025

ALEXANDER GARZON MARTINEZ
Director Académico – Representante Legal
Firmado digitalmente en el
POLITÉCNICO PIO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE

Para verificación de la autenticidad de esta certificación favor comunicarse al teléfono 6682452 o al correo electrónico secretaria.academica@pio.edu.co

Validación
del certificado

EDUCACIÓN LABORAL
AVANZADA

Certificado de participación

Luisa Fernanda Pino Devia
CC 1002961094

Por haber asistido a

Curso en Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado en Colombia PAPSIVI

Con una duración de 5 Horas

17 de septiembre de 2026

Con el respaldo académico de:

APF
Academia de Peritos Forenses
Licencia de funcionamiento número 88772
otorgada por la Secretaría de Educación de Itagüí

Juan David Avendaño
Director Científico

www.edulab.com.co

Codigo de certificado: ELA-260917-0007

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.002.961.094

Asistió al Curso de:

TOMA DE CITOLOGÍAS CERVICOUTERINAS (TCU)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE POPAYAN A LOS 22 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.002.961.094

Asistió al Curso de:

INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO (ISD)

Intensidad Horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE POPAYAN A LOS 20 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

Aprobó el Curso Virtual de

Implementación de recomendaciones en detección temprana del cáncer

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 16 de Septiembre de 2026

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

Aprobó el Curso Virtual de

Curso seguridad de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino (VPH)

Con intensidad de 50 horas

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 16 de Septiembre de 2026

1q8P[illegible]

Dra. Carolina Wiesner Ceballos
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

UNIVERSIDAD ICESI

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

otorgado a:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

Participó en calidad de
asistente a la:

V *Congreso de*
Enfermería en cuidado intensivo adulto
Práctica de Enfermería basada en la evidencia

Realizado en la Fundación Valle del Lili el **17 y 18 de agosto** del **2023** con una intensidad de 20 horas.

Dr. Luis Alberto Escobar
Subdirector de Educación
Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia

Lina Marcela Raigosa B.
Lina Marcela Raigosa
Coordinadora Asistencial UCI Adultos
Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Luisa Fernanda Pino

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Trato materno y neonatal respetuoso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25 - Porcentaje de aprobación: 90,17 %

31 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

CLAP
Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=665a2efb-91c4-4dc8-b6e3-0e7dac1f5acd

40b539df-cebc-49a7-a0f1-ec1f40739e71

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Luisa Fernanda Pino Devia

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria de Salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

1 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

bc14bcf8-61fc-494c-9a36-f53cfc5bfcd6

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Luisa Fernanda Pino Devia

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial Promoviendo la automedición

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,74 %

1 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

RESOLVE TO SAVE LIVES
AN INITIATIVE OF VITAL STRATEGIES

QSVS Quebec Society of Vascular Sciences
Leader in Vascular Health

HEARTS

Hypertension CANADA

International Society of Hypertension

World Hypertension League

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=bc14bcf8-61fc-494c-9a36-f53cfc5bfcd6

66594655-7798-43a3-abd0-06f0ac1f59ca

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Luisa Fernanda Pino

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

30 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66594655-7798-43a3-abd0-06f0ac1f59ca

Politécnico PIO

VIGILADO POR

ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Hace Constar que:

LUISA FERNANDA PINO DEVIA

C.C. 1002961094

Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social
Con una intensidad (48) horas a Certificar.

Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.

POLITÉCNICO PIO - Licencia de funcionamiento. Resolución 4143.0.21.9502
Secretaria de Educación Santiago de Cali D.E, **1/05/2025**

Institución
reconocida por

SENA

Sistema de Gestión ISO 9001 de la Calidad

CELAC
Centro Latinoamericano de Certificación

1/05/2025

E Moreno

ERICKA MORENO TASCON
Vicerrectora Académica
POLITÉCNICO PIO

Para verificación de la autenticidad de esta certificación favor comunicarse al teléfono 6682452 o al correo electrónico secretaria.academica@pio.edu.co

Certificación
Bancaria

Miércoles, 16 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUISA FERNANDA PINO DEVIA identificado(a) con CC 1002961094, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	86800004461	2022-01-25	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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.
PASTO	PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
ASEGURADO	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
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 / 09 / 2026	14 / 09 / 2026	14 / 09 / 2027	14 / 09 / 2026	14 / 09 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CLAUDIA NORA QUINTAS JURADO	240850	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 175,090,500.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 175,090,500.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 52,527,150.00

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

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 17,509,050.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******175,090,500.00	PRIMA:	$ **********130,025.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********24,704.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********154,729.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11009611121186(3900)000000154729(96)20261029

REFERENCIA PAGO:
1100961112118-6

41-03-101017363

FIRMA AUTORIZADA

KATHERINEREY

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PASTO	PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR **LUISA FERNANDA PINO DEVIA** CC **1.002.961.094**

DIRECCION **CL 3 # 54 - 23** CIUDAD **POPAYAN, CAUCA** TELEFONO **3161295128**

ASEGURADO **LUISA FERNANDA PINO DEVIA** CC **1.002.961.094**

DIRECCION **CL 3 # 54 - 23** CIUDAD **POPAYAN, CAUCA** TELEFONO **3161295128**

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 / 09 / 2026	14 / 09 / 2026	14 / 09 / 2027	14 / 09 / 2026	14 / 09 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CLAUDIA NORA QUINTAS JURADO CLIENTE	240850	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 · American Express · MasterCard · VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · éxito · MOVIIRED

SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá · Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

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

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******175,090,500.00	PRIMA:	$ **********130,025.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********24,704.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********154,729.00

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.

CALLE 19 NO. 24 - 52, TELÉFONO 7226622 - PASTO

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)11009611121186(3900)000000154729(96)20261029

REFERENCIA PAGO: 1100961112118-6

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.
PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
ASEGURADO	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: LUISA FERNANDA PINO DEVIA CC: 1.002.961.094
ASEGURADO: LUISA FERNANDA PINO DEVIA CC: 1.002.961.094
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO

VIGENCIA: 14/09/2026 AL : 14/09/2027
SINIESTRALIDAD: NO POSEE SINIESTROS SEGUN LA INFORMACION SUMINISTRADA
BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA- SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y RECLAMADOS DENTRO DEL PERIODO DE PRESCRIPCION DE LA LEY COLOMBIANA: (CODIGO DE COMERCIO EN CONCORDANCIA CON EL CODIGO CIVIL
CONDICIONADO GENERAL: FORMA 29/07/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-001A- D00I
EN ADICION A LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, LA COBERTURA OTORGADA SE RIGE POR LO CONTENIDO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

LIMITE ASEGURADO: $ 175.090.500
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: $ 154.729
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

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.
PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR LUISA FERNANDA PINO DEVIA — CC 1.002.961.094
DIRECCION CL 3 # 54 - 23 — CIUDAD POPAYAN, CAUCA — TELEFONO 3161295128

ASEGURADO LUISA FERNANDA PINO DEVIA — CC 1.002.961.094
DIRECCION CL 3 # 54 - 23 — CIUDAD POPAYAN, CAUCA — TELEFONO 3161295128

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

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

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

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

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

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$ 17.509.050
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 $ 175.090.500

SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $ 175.090.500

USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $ 175.090.500
GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO 17.509.050
VIGENCIA $ 52.527.150
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 1 SMMLV

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

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

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

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

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

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No	ANEXO No.
PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
ASEGURADO	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

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

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

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
ASEGURADO	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PASTO	EMISION ORIGINAL	41-03-101017363	0

TOMADOR	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
ASEGURADO	LUISA FERNANDA PINO DEVIA			CC	1.002.961.094
DIRECCION	CL 3 # 54 - 23	CIUDAD	POPAYAN, CAUCA	TELEFONO	3161295128
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

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

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	14	09	2026	Mocoa	Pasto	

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA **N.A. (NO APLICA)**.

CLASE DE VINCULACIÓN

☒ TOMADOR ☐ ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ APODERADO
☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ¿Cuál? _____

TIPO DE SOLICITUD

☒ VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PINO	DEVIA	LUISA FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: 1002961094

SEXO: F ☒ M ☐

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
19	07	2019	POPAYAN	04	06	2001	POPAYAN	

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
	SI ☐ NO ☒	SI ☒ NO ☐	ENFERMERA	ENFERMERA

TIPO DE ACTIVIDAD: ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☒ EMPLEADO PÚBLICO ☐ INDEPENDIENTE ☐ CIIU 8 6 9 2

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
CL 3 A # 54 - 23 CA casa de tres pisos	POPAYAN	CAUCA	COLOMBIA		3161295128

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
luisa-pinod@unilibre.edu.co			SI ☐ NO ☒

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
E.S.E HOSPITAL DE ORITO		ENFERMERA

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
ORITO	ORITO	PUTUMAYO	COLOMBIA		

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI ☐ NO ☒
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI ☐ NO ☒
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI ☐ NO ☒
4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒ ESPECIFIQUE: _____
5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP *? SI ☐ NO ☒ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☒
   INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A)	$ 10.000.000
TOTAL PASIVOS (B)	$ 0
TOTAL PATRIMONIO (A - B)	$ 10.000.000

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES	$ 3.500.000
EGRESOS MENSUALES	$ 1.900.000
OTROS INGRESOS MENSUALES	$ 0

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐
IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

* **Vínculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.
* **PEP Extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.
* **PEP de Organizaciones Internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	14	09	2026	MOCOA	Mocoa	

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA **N.A. (NO APLICA)**.

1. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

1.1. INFORMACIÓN TÉCNICA

RAMO: RENOVACIÓN SI ☐ NO ☒ | NÚMERO DE PÓLIZA

INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS	TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS	TIPO DE NEGOCIO
		100% CIA ☐ COASEGURO ☐ CEDIDO ☐ ACEPTADO ☐

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
PINO	DEVIA	LUISA FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: 1002961094

SEXO: X

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
19	07	2019	POPAYAN	04	06	2001	POPAYAN	

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
CL 3 A # 54 - 23 CA casa de tres pisos	POPAYAN	CAUCA	COLOMBIA		3161295128

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL
luisa-pinod@unilibre.edu.co

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
E.S.E HOSPITAL DE ORITO	EBS	ENFERMERA

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
ORITO	ORITO	PUTUMAYO	COLOMBIA		

1.2. INFORMACION PROFESIONAL

TITULO PROFESIONAL	OTORGADO POR	FECHA
ENFERMERA	UNIVERSIDAD LIBRE	27/03/2025

ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA: _____ OTORGADA POR: _____
OTRAS ESPECIALIZACIONES: _____ OTORGADA POR: _____

NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL. | AÑOS DE EXPRIENCIA

ESTA PÓLIZA SE REQUIERE PARA LA ACTIVIDAD GLOBAL COMO TALENTO HUMANO EN SALUD O PARA UN CONTRATO ESPECIFICO? EN CASO DE SER PARA UN CONTRATO, ADJUNTAR COPIA DEL MISMO E INDICAR OBJETO: _____

POSEE CONSULTORIO PROPIO? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR UBICACIÓN:
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ PREDIO PROPIO O ARRENDADO: _____
REALIZA TRATAMIENTOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO? SI ____ NO ✖ % DENTRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS _____

1.3. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO

¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN JUDICIAL (CONCILIACIÓN O PROCESO) DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS? SI ___ NO ___, EN CASO AFIRMATIVO RELACIONE:

FECHA	HECHO	TIPO DE SEGURO (PÓLIZA)	AMPARO AFECTADO	VALOR INDEMNIZADO

¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ___ NO ✖, EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLAS _____

¿HA TENIDO ALGUNA (S) RECLAMACIÓN (ES) DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS, EN LAS QUE HAYARECONOCIDO A LA VICTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI ____ NO ✖, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____

¿HA TENIDO CONTRATO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ____ NO ✖, EN CASO AFIRMATIVO INDICAR.

COMPAÑÍA DE SEGUROS	VIGENCIA	LÍMITES ASEGURADOS

¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS? SI ____ NO ✖, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES. _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA SECRETARÍA DE ASUNTOS ÉTNICOS DEL MUNICIPIO DE ORITO

CERTIFICA

Que, revisada la base de datos que reposa en este despacho se encontró registrado a , **LUISA FERNANDA PINO DEVIA** Identificado con **CC** No. **1.002.961.094**como miembro indígena perteneciente a la comunidad indígena **PASTOS ORO VERDE** del pueblo **PASTOS** quien se encuentra registrado legalmente dentro del Censo Poblacional de este Cabildo. el comunero se encuentra activo, convive bajo los usos y costumbres del mismo. Tal como se verifico en esta Oficina.

La presente certificación se expide a petición del interesado para trámites de trabajo. Previo cumplimiento a la ley 89 de 1890, y la jurisdicción especial indígena de Colombia.

Dado en la Secretaría de Asuntos Étnicos a los 25 días del mes de Junio de 2026.

JINETH JHORDALY JUAGIBIOY JUAGIBIOY
Aux. Admin. Secretaría de Asuntos Étnicos
asuntosindigenas@orito-putumayo.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
CABILDO INDIGENA DE LOS PASTOS ORO VERDE
RESOLUCION N° 0031 DEL 8 DE ABRIL DE 2013 DIRECCION
DE ASUNTOS INDIGENAS ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO
NIT. NO. 84.003.514 - 7 Y MINORIAS

Libertad y Orden

HACE CONSTAR

Que, **LUISA FERNANDA PINO DEVIA,** Identificado con **CC**. No **1.002.961.094**, es Indígena perteneciente a la comunidad indígena de los Pastos Oro Verde y se encuentra legalmente registrado legalmente en el censo poblacional de esta comunidad indígena el cual represento, conserva su identidad cultural, usos y costumbres, rasgos físicos correspondientes al pueblo Pastos.

La presente constancia se expide a petición verbal del interesado para trámites de Trabajo.

Para constancia se firma en la comunidad indígena de los Pastos Oro Verde a los 25 días del mes de Junio del año 2026.

MARIA INES CUARAN
CC. 39.552.209
Gobernadora 2026