CONVOCATORIA A VEEDURIAS

En cumplimiento del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 se convoca a las personas que estén interesadas en ejercer la veeduría ciudadana y quienes deberán acreditar certificado de inscripción en la cámara de comercio o en la personería Municipal, de acuerdo a lo establecido en la ley 850 de 2003, para realizar el control social en el proceso de contratación directa según lo establecido en el acuerdo No 05 de 2014 Estatuto de Contratación para "Prestación de servicios de apoyo a la gestión como técnico laboral en auxiliar de enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (APS) definida por ministerio de salud y protección social" a fin de que se presente en la oficina jurídica de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica, carrera 19 calle 18 Santa Mónica Dosquebradas.

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

Gerente

Fijado en la oficina de jurídica:

Fecha de fijación: Noviembre-2026

Revisó: Jefe de Oficina Jurídica.

Dosquebradas, noviembre del 2026

Doctor

Juan Carlos Marín Gómez

GERENTE ESE HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUERADAS

REFERENCIA: Propuesta para la prestación de servicios como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica De Dosquebradas

Cordial saludo

Por medio del presente le hago la propuesta económica de mis servicios como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica De Dosquebradas para el año 2026, la cual versaría sobre las actividades aquí descritas y las demás que me sean asignados en el marco del objeto contractual así:

1. Ejecutar el cronograma de trabajo entregado por el líder del equipo o líder de la estrategia de Atención primaria en salud.

2. Informar en la comunidad las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas.

3. Apoyar la construcción del mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.

4. Gestionar la comunicación con los profesionales correspondientes de personas que requieran remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.

5. Identificar nodo primario comunitario (red actores comunitarios) dispositivos comunitarios del PIC y formas de cuidado propio provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas o institucionales de carácter intersectorial presentes en el microterritorio/territorio.

6. Direccionar el proceso de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención, cuando a ellos hubiere lugar

7. Realizar identificación de necesidades en el entorno hogar (125 familias) del micro territorio asignado, registrando de forma completa y veraz en el aplicativo determinado para tal fin, como base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario, incluye la digitalización de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual.

8. Con la información captada en la caracterización en el micro territorio asignado reportar a la enfermera del equipo los riesgos encontrados para realizar el plan de cuidado de atención integral a la familia.

9. Identificar y direccionar las acciones de promoción de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

10. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

11. Realizar informe consolidado de la información encontrada en el micro territorio asignado de acuerdo con el formato entregado por el líder del equipo que incluye barreras percibidas, recomendaciones y conclusiones.

12. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de la salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

PROPUESTA ECONÓMICA:

Las anteriores actividades se estiman en un valor mensual de **TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 3.150.000).**

Con todo respeto.

Lorena Ayala

C.C. No. 25165766

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hurtado	Martinez	Irma Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 25165766

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 12 AÑO 1972

PAÍS COLOMBIA

DEPTO RISARALDA

MUNICIPIO SANTA ROSA DE CABAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 BIS 15B 17 Barrio Pio XII Casa No 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO RISARALDA

MUNICIPIO SANTA ROSA DE CABAL

TELÉFONO 3171947653 EMAIL lorenahurtado92@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1990

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA 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	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	1997	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ECUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	2005	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	09	1997

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PEREIRA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	11	Mes	08	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS				DIRECCIÓN CARRERA 7 40 34							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVI TEMPORALES			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	MUNICIPIO PEREIRA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3341420	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	01	Año	2016	Día	01	Mes	01	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA APOYO EN SALUD				DIRECCIÓN CARRERA 12 BIS 10 22							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADA SALUD INTEGRAL CTA			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: RISARALDA	MUNICIPIO: PEREIRA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3253611	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 05	Mes: 04	Año: 2009				Día: 31	Mes: 12	Año: 2009			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: APOYO EN SALUD						DIRECCIÓN:					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SUMMAR TEMPORALES S.A.S.			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: CALI						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 6856700	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 18	Mes: 02	Año: 2006				Día: 04	Mes: 04	Año: 2009			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: APOYO EN SALUD						DIRECCIÓN: CALLE 17 NORTE 4N 25					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO Y SERVICIOS VARIOS COOTRASERVI			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: RISARALDA	MUNICIPIO: PEREIRA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELEFONOS: 3257222	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día: 19	Mes: 03	Año: 2005				Día: 08	Mes: 02	Año: 2006			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AUXILIAR ENFERMERIA URGENCIAS						DIRECCIÓN: CALLE 14 18 46 OFICINA 101 EDIFICIO ACROPOLIS					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Dosquebradas 30-10-2026

Lina Hurtado

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-08-15 06:24

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
IRMA	LORENA	HURTADO	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	25165766

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	SANTA ROSA DE CABAL

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	SANTA ROSA DE CABAL

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	GOBERNACION DE RISARALDA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA

Dirección	["Calle 19 No. 13-17"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2022 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$8.000.000,00
TOTAL	$8.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo conyuge o companero(a) permanente: Si [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HUMBERTO	DE JESUS	LOPEZ	GIRALDO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 3497497

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.165.766

HURTADO MARTINEZ

APELLIDOS

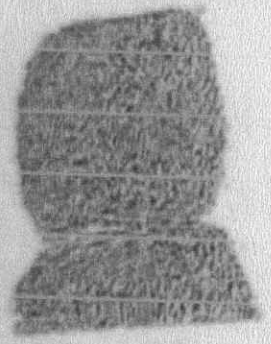
IRMA LORENA

NOMBRES

Lorena Hurtado

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1972

SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

25-ABR-1991 SANTA ROSA DE CABAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2408600-54149341-F-0025165766-20070917 03015 07260N 02 186757491

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:56:19 PM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **25165766**

Apellidos y Nombres: **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/11/2026 02:56:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **25165766** y Nombre: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ.**

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. **150825338** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:57:15 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **25165766,** Apellidos y Nombres **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

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

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305796941

PIB
14:57:33

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25165766:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 14:57:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	25165766
Código de Verificación	25165766261103145748

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

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

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 25165766 **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 30/10/2026 10:26 AM

Código Verificación: **V9GSXM3P4B**

Válida hasta: **30/01/2027**

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 141252593881

(415)7707212489984(8020) 000014125259388 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 5 1 6 5 7 6 6	2	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	25165766	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda	6 6	Santa Rosa de Cabal	6 8 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HURTADO	MARTINEZ	IRMA	LORENA

35. Razón social

Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda	6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

41. Dirección principal: CL 4 B 15 B 17 BRR CORDOBA

42. Correo electrónico: lorenahurtado92@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 6 1 0 2 0	3 1 7 1 9 4 7 6 5 3	

CLASIFICACIÓN

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

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 2 2 4 9																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

48 No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2026-05-20 / 09:39:29AM

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: HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-10-2026 10:32:09AM

E.S.E. Hospital Santa Mónica

CÓDIGO CERTIFICADO: 1F7BE31B05486747471F3451856F1786
FECHA DESCARGA: 2026-10-30 12:03:25
USUARIO DESCARGA: USUARIO FORMULARIO EXTERNO
FECHA ACTUALIZACIÓN LAFT: 2026-10-30 11:54:02

CONSECUTIVO: 1286
LATITUD: NO PERMITIDA
LONGITUD: NO PERMITIDA
IP: 186.87.28.105

DISPOSITIVO: MOZILLA/5.0 (WINDOWS NT 10.0; WIN64; X64) APPLEWEBKIT/537.36 (KHTML, LIKE GECKO) CHROME/155.0.0.0 SAFARI/537.36 VENDOR: GOOGLE INC.

FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL

LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA, COMO SUJETO RESPONSABLE DE CONTAR CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y UN SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE, HA DISPUESTO DEL PRESENTE FORMULARIO PARA LAS PERSONAS NATURALES, EN COHERENCIA CON LA NORMATIVIDAD Y EN CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR 09 DEL 21 DE ABRIL DE 2016 Y SUS MODIFICACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA NO. 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. DISPOSICIONES LEGALES TENDIENTES A FORTALECER LOS MECANISMOS DEL SISTEMA SARLAFT/PADM Y DEL SUBSISTEMA SICOF. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA PARA DAR CUMPLIMIENTO AL MANUAL SARLAFT SEGÚN ACUERDO NO. 09 DE 2022 Y MANUAL SICOF ACUERDO 23 DE 2024.

1. MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN

* INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD	IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
* TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)	25165766
* NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	3171947653
* CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	LORENAHURTADO92@HOTMAIL.COM

* FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	1991-04-25

2. DATOS BASICOS

TIPO DE VINCULACION CON LA ESE.
CONTRATISTA

* DIRECCION	BARRIIO PIO XII CASA 1
* TELEFONO	3171947653
* PROFESION	AUXILIAR DE ENFERMERÍA

OBJETO CONTRACTUAL:
AUXILIAR DE ENFERMERIA

3. INFORMACION FINANCIERA

* INGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO 0 MENOS
* EGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO 0 MENOS
* OTROS INGRESOS	$0
* ORIGEN INGRESOS	SERVICIOS
* ACTIVOS	ENTRE 1 A 10 MILLONES
* PASIVOS	ENTRE 1 A 10 MILLONES
* PATRIMONIO	ENTRE 1 A 10 MILLONES

REALIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPERACIONES CON MONEDAS VIRTUALES?
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

4. CONDICION PEPS

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEPS: PERSONAS NACIONALES O EXTRANJERAS QUE POR RAZÓN DE SU CARGO MANEJAN O HAN MANEJADO RECURSOS PÚBLICOS, O TIENE PODER DE DISPOSICIÓN SOBRE ESTOS O GOZAN O GOZARON DE RECONOCIMIENTO PUBLICO. POR EJEMPLO: JEFES DE ESTADO O DE GOBIERNO, POLÍTICOS DE ALTO NIVEL, MIEMBROS DE ALTA GERENCIA COMO DIRECTORES O MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, ARTISTAS ALTAMENTE RECONOCIDOS, ENTRE OTROS.
PARA PERSONAS NATURALES Y PARA EL REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONAS JURÍDICAS."

* ¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	NO
* ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	NO
* ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	NO
* ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	NO

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

* ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	NO

INDIQUE SI REALIZA ESTE TIPO DE OPERACIONES:
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

* ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	NO
* ¿POSEE CUENTAS BANCARIAS EN MONEDA EXTRANJERA?	NO

* ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?	NO

6. DECLARACIONES ESPECIALES

DECLARACIÓN ORIGEN DE LOS FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:
1. LA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO DE LA PERSONA NATURAL ES LÍCITA Y SE EJERCE DENTRO DEL MARCO LEGAL VIGENTE Y LOS RECURSOS DE LA MISMA NO PROVIENEN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
2- LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN LA SOLICITUD Y ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y LA PERSONA NATURAL SE COMPROMETE A ACTUALIZARLA ANUALMENTE.
3- LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARAN A LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS. 4-QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL LITERAL B) DEL ART. 2 DE LA LEY 1581 DE 2012, LAS DISPOSICIONES QUE BUSCAN LA PROTECCIÓN DE DATOS NO SON APLICABLES A LA BASE DE DATOS Y ARCHIVOS QUE TENGAN POR FINALIDAD PREVENCIÓN , DETECCIÓN, MONITOREO Y CONTROL DE LAVADOS DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, POR LO QUE EN PRINCIPIO NO REQUERIRÁ DE UNA AUTORIZACIÓN DE SU TITULAR, LA CUAL PREVIENE DE LA LEY. 5. EN CONSECUENCIA DECLARO QUE MIS FONDOS LOS HE OBTENIDO DE MANERA LÍCITA LOS CUALES PROVIENE DE:

* DECLARO QUE EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENEN DE	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

AUTORIZO QUE:
1. LOS DATOS PERSONALES SOLICITADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO SON RECOPILADOS ATENDIENDO LAS DISPOSICIONES E INSTRUCCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. 2. CONFORME CON LO DISPUESTO POR EL LITERAL B) DEL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 1581 DE 2012, ""EL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES QUE SE ESTABLECE EN LA PRESENTE LEY NO SERÁ DE APLICACIÓN: A LAS BASES DE DATOS Y ARCHIVOS QUE TENGAN POR FINALIDAD LA SEGURIDAD Y DEFENSA NACIONAL, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, MONITOREO Y CONTROL, DEL LAVADO DE ACTIVOS Y EL FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO"" Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA -SARLFAT/PADM" 3- AUTORIZO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, COMERCIALES, FINANCIEROS, CONSULTE, TRANSFIERA, COMPARTA, SOLICITE, PROCESE, REPORTE Y DIVULGUE A LAS ENTIDADES AUTORIZADAS, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS SUS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE HAYAN OTORGADO O SE OTORGUEN EN EL FUTURO EN VIRTUD DE SUS SERVICIOS DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES. ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR TODA MI INFORMACIÓN DE FORMA ANUAL. ESTA INFORMACIÓN SE REALIZA CONSIDERANDO LA CLARIDAD Y LOS TÉRMINOS PRECISOS DE ESTE FORMULARIO. 4-LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA, PODRÁ TERMINAR DE MANERA UNILATERAL E INMEDIATA EL CONTRATO SUSCRITO, CUANDO EL CLIENTE, SUS SOCIOS O SUS ACCIONES Y/O SUS ADMINISTRADORES LLEGAREN A SER: A -VINCULADOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES A CUALQUIER TIPO DE INVESTIGACIÓN POR DELITOS DE NARCOTRÁFICO, TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, LAVADO DE ACTIVOS, TESTAFERRATO, TRÁFICO DE ESTUPEFACIENTES O DELITOS FUENTE CONTRA EL ORDEN CONSTITUCIONAL. B SEA CONDENADO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN CUALQUIER TIPO DE PROCESO JURÍDICO RACIONADO CON LA COMISIÓN DE DELITOS DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA A LOS INDICADOS EN ESTA CLÁUSULA. C- SEA INCLUIDO EN LISTAS PARA EL CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO ADMINISTRADAS POR CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL O EXTRANJERA. D- EL SUSCRIPTOR DE ESTE DOCUMENTO, INDEMNIZARÁ Y MANTENDRÁ LIBRE DE CUALQUIER DAÑO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA POR CUALQUIER MULTA O PERJUICIO QUE FUERAN PROBADOS Y QUE SUFRA LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA POR PARTE DEL SUSCRITO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE APLIQUEN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ASÍ COMO CUALQUIER

RECLAMO JUDICIAL, EXTRA JURISDICCIONAL Y/O ADMINISTRATIVO QUE AUTORIDADES COMPETENTES INICIEN EN CONTRA DE LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA POR O CON OCASIÓN DE DICHO INCUMPLIMIENTO. DE IGUAL MANERA EL CLIENTE SE COMPROMETE A SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN Y/O A DAR LAS EXPLICACIONES A QUE HUBIERE LUGAR ORIGINADAS POR EL MENCIONADO INCUMPLIMIENTO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA Y A LOS TERCEROS QUE ESTE LE INDIQUE.

RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO ANTICORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO:

ACEPTO LA OBLIGACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD DE EVITAR ACEPTAR O PROMOVER CUALQUIER TIPO DE INCENTIVO O BENEFICIO QUE PUEDA COMPROMETER MI CONDUCTA O LA DEL CONTRATO, Y ME COMPROMETO A SEGUIR LAS POLÍTICAS DE LA ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA EN TEMAS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE. ADEMÁS, ME COMPROMETO AYUDAR A PREVENIR QUE OTROS CONTRATISTAS, AGENTES O TERCEROS HAGAN LO MISMO, Y A REPORTAR CUALQUIER SITUACIÓN SOSPECHOSA A TRAVÉS DEL ENLACE EN LA PÁGINA WEB [WWW.HOSPITALSANTAMONICA.GOV.CO] O AL CORREO OFICIALDECUMPLIMIENTO@HOSPITALSANTAMONICA.GOV.CO.

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y FIRMA

EL SUSCRITO DECLARA QUE HA LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO EN SU TOTALIDAD LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DENTRO DEL PRESENTE FORMATO, ASÍ COMO LAS DECLARACIONES, AUTORIZACIONES, CERTIFICACIONES, MANIFESTACIONES Y DEMÁS CONDICIONES CONTENIDAS EN EL MISMO.

MEDIANTE LA PRESENTE **FIRMA**, CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN REGISTRADA CORRESPONDE A DATOS VERACES, COMPLETOS Y ACTUALIZADOS, SUMINISTRADOS DE MANERA **LIBRE**, VOLUNTARIA Y BAJO SU RESPONSABILIDAD. ASIMISMO, MANIFIESTA QUE CUENTA CON LAS FACULTADES Y AUTORIZACIONES NECESARIAS PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN CUANDO ACTÚE EN REPRESENTACIÓN DE UNA PERSONA JURÍDICA O DE TERCEROS.

LA PRESENTE FIRMA SE ENCUENTRA ASOCIADA DE MANERA ÚNICA E INEQUÍVOCA AL SIGUIENTE REGISTRO:

NOMBRE DEL FORMATO: FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL
IDENTIFICADOR DEL REGISTRO: 1286

* **INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
* **TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* **IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)**	25165766
* **NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	3171947653
* **CORREO ELECTRONICO (SE UTILIZARA PARA ENVIO DE MENSAJES Y CODIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	LORENAHURTADO92@HOTMAIL.COM
* **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO**	1991-04-25

LA ACEPTACIÓN Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO CONSTITUYEN EVIDENCIA DE LA VOLUNTAD EXPRESA DEL FIRMANTE RESPECTO DEL CONTENIDO DILIGENCIADO Y DE LAS DECLARACIONES REALIZADAS EN EL FORMATO IDENTIFICADO ANTERIORMENTE. ESTA EVIDENCIA PODRÁ SER CONSERVADA, CONSULTADA Y UTILIZADA POR LA ORGANIZACIÓN PARA FINES DE AUDITORÍA, TRAZABILIDAD, CUMPLIMIENTO NORMATIVO, GESTIÓN DOCUMENTAL Y SOPORTE PROBATORIO DE LOS PROCESOS ASOCIADOS.

LA FIRMA AQUÍ REGISTRADA SE CONSIDERA VINCULADA AL CONTENIDO COMPLETO DEL FORMATO IDENTIFICADO MEDIANTE EL NÚMERO DE REGISTRO SEÑALADO ANTERIORMENTE, INCLUYENDO TODOS LOS CAMPOS DILIGENCIADOS, ANEXOS APORTADOS Y ACTUALIZACIONES EFECTUADAS DURANTE EL PROCESO DE REGISTRO.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, Y HABIENDO LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DEL FORMATO, SE REGISTRARÁ LA PRESENTE FIRMA EN LA FECHA Y HORA EN QUE EL FORMATO SEA FIRMADO.

FIRMA: Lorena Hurtado

NOMBRE COMPLETO: IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN: 25165766



HUELLA

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

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

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

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

- Gestión de personal.

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

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

TITULAR DE LOS DATOS

Lorena Hurtado

IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
C.C. No.25.15.766

de Santa Rosa de Cabal

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

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

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

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

TITULAR DE LOS DATOS

Lorena Hurtado

IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
C.C. No. 25.165.766
de Santa Rosa de Cabal

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

Entre los suscritos, JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 10129201, actuando en calidad de Gerente de la ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, nombrado por Decreto No. 0437 del 22 de marzo de 2024 y Acta de Posesión No. 109 del 01 de abril de 2024, emanados del Gobernador del Departamento de Risaralda, autorizado para contratar por El Acuerdo No 05 de 2014 expedido por la Junta Directiva de la Entidad, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, y el (la) señor (a) **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.**25.165.766** , y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO, previa las siguientes consideraciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se firma en la ciudad de DOSQUEBRADAS, RISARALDA, a los treinta (30) días del mes de octubre del año 2026.

CONTRATANTE,

JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

CONTRATISTA,

Lorena Hurtado

IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
C.C. No. **25.165.766**

[illegible]

ACTA No. 33

En Santa Rosa de Cabal a los Veintiséis (26) días del mes de Septiembre de mil novecientos noventa y siete (1997), se reunieron en la Iglesia de Nuestra Señora de las Victorias de Santa Rosa de Cabal, el Doctor Juan Carlos Restrepo Mejía Subdirector Administrativo de Seguridad Social y Desarrollo Institucional del Servicio Seccional de Salud del Risaralda, la Doctora Yolanda Molina Trujillo Asesora Técnica de Dirección del Servicio Seccional de Salud del Risaralda, La Coordinadora Académica de la Escuela de Auxiliares de Enfermería Licenciada Nora Inés Loaiza Giraldo, los Instructores del Curso Hada Nubia Gallego Valencia, María Lucía Ayala Hincapié, Gloria Amparo Medina Perea, Nadia Stella Cañas Ortiz, la Licenciada María Elena Burítica Trujillo Enfermera de Homeris y Alba Rocío González Chica Auxiliar Administrativa de la Escuela de Auxiliares de Enfermería, para hacer entrega de los CERTIFICADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA a los alumnos que iniciaron el Curso de Capacitación de Auxiliares de Enfermería el dos (2) de Julio de mil Novecientos Noventa y Seis (1996) y durante los catorce (14) meses aprobaron el programa reglamentario de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Servicio Seccional de Salud del Risaralda.

NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA
BEATRIZ ELENA ALZATE AGUIRRE	42.071.576 Pereira
LUZ MARIA ALZATE LÓPEZ	25.000.409 Pueblo Rico
CLAUDIA MILENA ARIAS JARAMILLO	24.550.768 Belén de Umbría
BLANCA NYDIA BEDOYA GRANADA	25.171.437 Santa Rosa de Cabal
JORGE HERNANDO BLANCO HERNANDEZ	10.011.188 Pereira
MARÍA ZENAIDA CAÑAS ZAPATA	24.687.000 Guática
LUZ STELLA CARMONA CASTAÑO	42.123.014 Pereira
MARÍA CONSUELO CASTAÑO SOTO	24.686.914 Guática
JOSE HERNÁN CORREA LONDOÑO	18.597.778 Santa Rosa de Cabal
PAULA ANDREA CHICA GROZZO	42.122.675 Pereira
SORAIDA DELGADO DIAZ	42.013.216 Dosquebradas
MARTHA ELENA DIAZ MOLINA	24.414.422 Apia
DIEGO FERNANDO GARTES CARO	18.531.990 Apia
[illegible]	25.165.786 Santa Rosa de Cabal
CLAUDIA YANETH LONDOÑO GARCIA	42.114.189 Pereira
FERNANDO LONDOÑO ROMAN	18.604.009 La Celia
MIRIAM LUCÍA MAIGARA GUAURABE	25.171.115 Santa Rosa de Cabal
MARIA DUPLANDY MARULANDA BETANCUR	42.070.205 Pereira
MARÍA NOELVA MONTOYA CADAVID	24.912.576 Pereira
ELVIA GREGORIA MOSCOTE PESTANA	23.106.559 San Martín de Loba (Bolívar)
LUZ STELLA MUÑOZ BLANDON	24.413.678 Apia
DIANA PATRICIA MURILLO CARDONA	25.171.525 Santa Rosa de Cabal
GABRIELA ORTIZ GÓMEZ	24.395.682 Anserma (Caldas)
MARÍA NORAYDA ORTIZ RAMÍREZ	24.759.507 Mistrato
GLORIA STELLA OSORIO ARIAS	42.069.226 Pereira
MARTHA LUCÍA OSORIO RODRIGUEZ	42.012.557 Dosquebradas
JUDITH PARRA ANGEL	24.604.235 Circania (Quindío)
ANA RUTH PARRA ALZATE	42.10[illegible].150 Pereira
MARTHA ELENA PEDRADOR CHALARCA	25.1[illegible].375 Santuario (Rda.)

[illegible] DE [illegible]
[illegible] DE SALUD DEL [illegible]
[illegible] 27 y 28 Teléfonos [illegible] y [illegible]
[illegible] Casa - [illegible]

ACTA No. 58 (Hoja No. 02)

MAP Y LUZ RAMIREZ OCAMPO	25.246.640 Viterbo (Caldas)
LUIS FERNANDO RAMIREZ RAMIREZ	18.509.043 Duquebradas
PATRICIA SAAVEDRA MESA	42.015.682 Duquebradas
OLGA SÁNCHEZ JOVEL	51.901.798 Bogotá
ALBA ROCÍO SÁNCHEZ SÁNCHEZ	42.133.692 Pereira
CARLOS GARDEL SUÁREZ LARGO	6.894.734 Quinchía
FABIAN ALBERTO TAPASCO	15.930.598 Sopia
MARÍA ADRIANA TORO VALENCIA	25.161.197 Santa Rosa de Cabal
MARÍA EVELIA VELÁSQUEZ RIOS	42.024.799 La Virginia
LEONARDO DE JESÚS VELEZ OSORIO	4.380.048 Balboa
GRACIELA DE JESÚS ZAMORA VILLEGAS	24.549.882 Belén de Umbría

Se destacaron durante el Curso: Mejores Notas: ALBA ROCÍO SÁNCHEZ SÁNCHEZ 1er. Puesto y MARÍA ADRIANA TORO VALENCIA 2º Puesto. Mejores Ayudas Educativas: MIRIAM LUCÍA MAIGARA GUAURABE. Mejor Compañera: MARÍA ZENAIDA CAÑAS ZAPATA.

DR. JAVIER DE JESÚS CÁRDENAS PÉREZ
Director Servicio Seccional Salud Rda.

ROCÍO CARDONA TAMAYO
Secretaria Ejecutiva

[illegible]

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

[illegible]

CONCEDE EL PRESENTE

CERTIFICADO

DE APTITUD OCUPACIONAL

Irma Lorena Hurtado Martínez

[illegible]

AUXILIAR DE ENFERMERIA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

SERVITEMPORALES
Nit. 816.004.115-7

CERTIFICACION LABORAL

El (La) señor (a) **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía Nº **25165766** labora en nuestra empresa por contrato por obra o labor como empleado en misión para **E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA** Así:

CARGO	SALARIO BASE	INGRESO	RETIRO
AUX. ENFERMERIA	$1.217.637	01/01/2016	01/01/2017

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **20** días del mes de **MAYO** del año dos mil diecisiete (**2017**).

Cordialmente,

PATRICIA ELENA FERNANDEZ VASQUEZ
Recursos Humanos

SERVITEMPORALES

Nit. 816.004.115-7

CERTIFICACION LABORAL

El (La) señor (a) **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía Nº. **25165766** laboró en nuestra empresa por contrato de obra o labor, suministrado como empleado en Misión para **E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA** Así:

CARGO	SALARIO	INGRESO	RETIRO
AUX. ENFERMERIA	$ 1.217.637	17/01/2013	15/01/2014
AUX. ENFERMERIA	$ 1.217.637	16/01/2014	12/01/2015

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **22** días del mes de **SEPTIEMBRE** del año dos mil quince (**2015**).

Cordialmente,

PATRICIA ELENA FERNANDEZ VASQUEZ
Recursos Humanos

RESULTADOS Y BENEFICIOS TEMPORALES S.A.S Resultados y Beneficios
Nit. 900583134-9

CERTIFICACION LABORAL

El (La) señor (a) **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA** identificado (a) con la cédula de ciudadanía Nº. **25165766** labora en nuestra empresa por contrato de obra o labor, suministrado como empleado en Misión para **E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA** Así:

CARGO	SALARIO	INGRESO	RETIRO
AUX. ENFERMERIA	$ 1.217.637	13/01/2015	ACTIVO

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los **22** dias del mes de **DICIEMBRE** del año dos mil quince (**2015**).

Cordialmente,

Luz Alba Valencia Pulido
Jefe de Nomina

E.S.E Salud Pereira ¡Comprometidos con la vida!	**CERTIFICACIÓN**	CÓDIGO: ABS-FR-019-ADMON VERSIÓN: 03 FECHA: 03-03-2020 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

LA OFICINA JURÍDICA DE LA ESE SALUD PEREIRA

CERTIFICA QUE:

La Empresa Social del Estado Salud Pereira ha celebrado Contratos de Prestación de Servicios con **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 25165766, cuyo último objeto contractual fue: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1682 DEL 19 DE AGOSTO DE 2025 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL"**, según la siguiente relación:

No. CONTRATO	*VALOR*	*VIGENCIA*
CPS 759-25 Adición No.1	$ 7.800.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 3.900.000 VALOR ADICIÓN	DESDE EL 11/06/2025 HASTA EL 26/10/2025
CPS 1776-25	$ 2.600.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DESDE EL 27/10/2025 HASTA EL 26/11/2025
CPS 1914-25	$ 3.000.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DESDE EL 01/12/2025 HASTA EL 31/12/2025

Esta información se expide conforme a los archivos que reporta el sistema integrado de información administrativa, financiera y asistencial de E.S.E Salud Pereira.

La presente se expide a solicitud del peticionario a los 04 días del mes de Febrero de 2026.

JORGE HERNANDO BARRETO HERNANDEZ
Asesor Jurídico

P/E: Maira Alejandra Rios Henao / Abogada Externa

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en			Tipo Evaluación - Énfasis		Orden Servicio No.
2025-10-22	PEREIRA (Risaralda)			Pre-Ingreso, Osteomuscular		**1476477**
Nombres y Apellidos				Identificación		Sexo
IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ				CC 25165766		Femenino
Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal	
1972-12-26	52 años	O+	75 kilogramos	155 centimetros	31.22	
Dirección Residencia				Teléfonos		
CS 1 BRR PIO 12				3171947653		
Cargo a desempeñar		Empresa		Empresa Usuaria		
AUXILIAR ENFERMERIA		Persona Natural		Persona Natural		

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario



Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2025-10-22. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador ni con los requerimientos del perfil del cargo.
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Cardiovascular, Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética. ..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador

Firma Especialista
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE
Registro No.: RM 18-170
LSST.: LPSST 138-21

Firma del Usuario
IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
CC.: 25165766

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/vgcxe2u8-xo3g-p1x1-myib-ta4qhp45176qa
Fecha Impresión: 2025-10-22 10:19:31 513866

SYS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S.
NIT : 900827895-1 - SEDE PRINCIPAL
LSST No. 463-15, Habilitación No. 6600102626

Calle 23 # 6-17, Pereira - Risaralda
Teléfono : 315 4973648
info@sysseguridadysaludeneltrabajo.com
www.sysseguridadysaludeneltrabajo.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS PARA EL USUARIO

Fecha Emisión: 2025-10-22
Realizado en: PEREIRA (Risaralda)
Nombres y Apellidos: IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
Fecha Nacimiento: 1972-12-26
Edad: 52 años
Tipo Sangre - Rh *: O+
EPS: Salud Total
ARL: Positiva
Cargo a desempeñar: AUXILIAR ENFERMERIA
Empresa: Persona Natural
(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Tipo Evaluación - Énfasis: Pre-Ingreso, Osteomuscular
Identificación: CC 25165766
Peso: 75 kilogramos
Talla: 155 centimetros
AFP: Protección
Empresa Usuaria: Persona Natural

Orden Servicio No.: **1476477**
Sexo: Femenino
Índice Masa Corporal: 31.22



Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2025-10-22, el médico especialista VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Reducir el consumo de sal, embutidos, enlatados y productos de paquete.
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasa.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control en programa de riesgo cardiovascular.
- Control visual anual.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: Medicina General, Nutrición y dietética. ..

RECOMENDACIONES LABORALES PARA EL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

Otras Recomendaciones: SE RECOMIENDA USO DE FÓRMULA DE LENTES SEGUN INDICACIONES DE OPTOMETRIA , CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
VALORACION POR MEDICO Y NUTRICION PARA CONTROL DE PESO. INGRESO AL PROGRAMA DE CONTROL DE PESO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

La empresa **Persona Natural** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Emitido por
VICTORIA EUGENIA HURTADO DE LA ROCHE
Registro No.: RM 18-170
LSST: LPSST 138-21

Entregado por
Persona Natural

Recibido por
IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
CC.: 25165766
Fecha de recibido:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014661083	3|0|1|0|2|0|2|6

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

1 tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
HURTADO (Primer apellido)	MARTINEZ (Segundo apellido)	IRMA (Primer nombre)	LORENA (Segundo nombre)

9. Tipo documento de identidad	10.Numero del documento de identidad	11.Sexo biologico	12.Sexo identificacion	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	25165766	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: RISARALDA Municipio: STA ROSA DE CABAL	2|6|/|2|/|1|9|7|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	Si ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500	

26. Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 1 C 1 P 1 PIO 12	3171947	3171947653	HURTADOLORENA809@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
RISARALDA	STA ROSA DE CABAL		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Numero documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biologico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complemenarios del Beneficiario

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	CLINICA SANTA CLARA LTDA - CLINICA SANTA CLARA LTDA	CSANTCLARA - CSANTCLARA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de Identificación	57. Numero de documento de Identificacion	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ	CC	25165766	01

59.Ubicación				
CL 1 C 1 P 1 PIO 12 (Dirección)	3171947 (Teléfono fijo o celular)	HURTADOLORENA809@GMAIL.COM (Correo electrónico)	RISARALDA (Departamento)	STA ROSA DE CABAL (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4014661083

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NR ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	3 0 1 0 2 0 2 6	Código: ☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 75. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 76. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- 77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura publica,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90. Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCION RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HURTADO MARTINEZ IRMA LORENA** identificado(a) con **CC** número **25.165.766** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de agosto de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de octubre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CERTIFICADO

SANTA ROSA
DE CABAL,
RISARALDA,
COLOMBIA,
A quién interese

28/02/2019

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **25165766**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570127570007162**
Fecha de apertura	**14/03/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

IRMA LORENA HURTADO MARTÍNEZ

C.C. 25.160.766

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 04 de febrero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7694635793161

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

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

IRMA LORENA HURTADO MARTÍNEZ

C.C 25.165.706

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 04 de febrero 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 76946 57920c

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

INTEGRIDAD - TRANSPARENCIA - LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

IRMA LORENA HURTADO MARTÍNEZ

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Aura Isabel Mora
Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



Este carné es valido 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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Inma Lorena

Apellidos: Hurtado Martinez

Documento de identidad: C.C. Y C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 25165766.

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 12 Año 1972



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	02 MAR 2026	PRIORIX L.A69CF848A V.10/2026	UVA Nit. 900.591.793-1
Fiebre Amarilla	Única	29/8/25	43D18IV	Tatiana González Aux de Enfermería CC. 1.088.038.156
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	29/7/25	2334X006A	
	2	29/8/25	2334X006A	
	3	2/3/26	2334X010B	Tatiana González Aux de Enfermería CC. 1.088.038.156
	4	2/3/27		
	5			
Hepatitis A	1	29 AGO. 2025	HAVRIX 1440 L.AHAVC166AA V.07/2026	UVA
	2	02 MAR 2026	HEPATITIS A L.AHAVC166AA V.07/2026	UVA
Varicela	1	29 AGO. 2025	VARIVAX L.Y011871 V.06/2026	UVA
	2	1.12.25	VARIVAX L.Y011871 V.06/2026	UVA Nit. 900.591.793-1

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	29/7/25	0343Q010C	Tatiana González Aux de Enfermería CC. 1.088.038.156
	2	29/8/25	0343Q010C	
	3	2/3/26	0344X002C	
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	29/7/25	U50525006	Tatiana González Aux de Enfermería CC. 1.088.038.156
Otras				

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 *

25165766

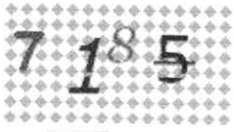
Primer Nombre

IRMA

Primer Apellido

HURTADO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7129

Limpiar

Resultado General -2026-10-30→12:07:53 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	25165766	IRMA	LORENA	HURTADO	MARTINEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ identificado(a) con CC 25165766 registra La siguiente información:

2026-10-30→12:07:53 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2002-03-20	254	DEPARTAMENTO DE RISARALDA

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

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Terminos y condiciones

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Irma Lorena Hurtado Martínez

CC 25165766 de Santa Rosa de Cabal

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 - 2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-08
Fecha de vencimiento: 2028-04-08

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 05'880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Irma Lorena Hurtado Martínez

CC 25165766 de Santa Rosa de Cabal

lizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencia
- Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-08
Fecha de vencimiento: 2028-03-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

ISION
EDICA

Cruz Roja
Colombiana

La Cruz Roja Colombiana hace constar que

IRMA LORENA HURTADO MARTÍNEZ

Documento No. 25165766

Participó en el Taller Virtual sobre

MISIÓN MÉDICA

Realizado desde la ciudad de Bogotá DC, bajo la plataforma Teams el día 3 octubre de 2025
con una intensidad de cuatro (4) horas

Esta constancia fue generada en la ciudad de Bogotá DC – Colombia, el 7 de octubre de 2025

Carlos Andrés Marulanda Lenis. RN; MG.
Coordinador Nacional Programa Misión Médica
Cruz Roja Colombiana

EGIS
EQUIPO DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4961108547

PÓLIZA No: 496 -89 - 994000001322 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS MEDELLIN FUTURO** COD. AGE: 496 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	09	04	2026									
VIGENCIA DE LA PÓLIZA					09	04	2026	23:59		09	04	2027
					VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA		
										A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN
										23.59	365	09 04 2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	09	04	2026	23:59	09	04	2027	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

DIRECCIÓN: CALLE 4TA B NO. 15B-17 BARRIO CORDOBA CIUDAD: SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA TELÉFONO: 3171947653

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

DIRECCIÓN: CALLE 4TA B NO. 15B-17 BARRIO CORDOBA CIUDAD: **SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA** TELÉFONO: 3171947653

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA CIUDAD: SANTA ROSA DE CABAL

DIRECCION: CALLE 4 #15 B - 17

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$****15,000.00	*******13,291	$ **********83,240

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
FEDERICO GUILLERMO CARTAGENA	10172	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000000000496110854

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD126790E0FF47B5B CLIENTE FEDCARTAGENA 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Centr, por tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GRAN CONTRIBUYENTE RES 2506 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
Compañía de Seguros

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001322** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

ASEGURADO: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

PRESTA SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, UBICADO EN LA CARRERA 19 CALLE 18 AVENIDA SANTA MÓNICA, EN EL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS, RISARALDA. TELÉFONO: 57 (606) 330 2507.SE ACLARA QUE LA DIRECCIÓN DE DOMICILIO CORRESPONDE A LA CALLE CUARTA BIS NO. 15B-17, BARRIO CÓRDOBA, EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL.

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
ASEGURADO: IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 4 #15 B - 17
PROFESION ASEGURADA. Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 dias, a partir del día 09 del mes de 04 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso segun fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesion personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublimite: incluido dentro del valor asegurado, este quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERAN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001322** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

ASEGURADO: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC 25.165.766

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicacion haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/o origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS MEDELLIN FUTURO COD. AGENCIA: 496 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001322** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

ASEGURADO: **IRMA LORENA HURTADO MARTINEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **25.165.766**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLAUSULA DE EXCLUSIÓN DE PERDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, costo, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portatiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE