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 profesionales como enfermera (o) profesional 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: Noviemrbre-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 enfermera (o) profesional 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 enfermera (o) profesional 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. Liderar la planeación y operación del equipo de salud territorial del cual hace parte, con el respectivo plan de mejora y seguimiento del mismo (Cumplimiento del PICP, cumplimiento de metas de cobertura de la población asignada, canalizaciones efectivas), hacer revisión de calidad del dato de los reportes y realizar retroalimentación constante a los equipos básicos.

2. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.

3. Valoración de primer contacto a las personas y familias para atención en salud en el entorno hogar, de acuerdo a la dinámica territorial y priorización generada, identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados como: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa, (De acuerdo al microterritorio seleccionado y socialización realizada durante el proceso al EBS), propendiendo por una atención intercultural, humanizada con enfoque diferencial y realizar adaptación de la atención en salud, para garantizar la afectividad de los EBS.

4. Realizar consolidado de la información generada en el área de influencia, análisis de la caracterización social y ambiental de entorno hogar (familias) del territorio y microterritorio, determinando el perfil epidemiológico de la población asignada, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.

5. Realizar informe individual de la información generada en el área de influencia, análisis de las acciones realizadas, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis de los determinantes sociales de la salud del territorio y microterritorio priorizado.

6. Formular el plan integral del cuidado primario (PICP) individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores, definiendo la priorización del riesgo en salud para elaboración, toma de decisiones, actividad a realizar en conjunto con los demás miembros del Equipos Básicos en Salud (EBS).

7. Realizar intervenciones colectivas a través de visitas domiciliarias en el entorno hogar que conforman los microterritorios, respecto a las atenciones de promoción de la salud, mantenimiento de la salud, y gestión del

riesgo, para el fortalecimiento de las condiciones protectoras para la salud y gestión del riesgo en cada uno de los integrantes de la familia

8. Activar los mecanismos de referencia y contra referencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención.

9. Generar boletín informativo de acuerdo con los resultados obtenidos en los procesos de captación, demanda inducida, canalización, caracterización y demás información que se genere por microterritorio conforme los lineamientos expedidos.

10. Realizar jornadas de intervención y promoción de la salud de las familias (brigada). Evidencia: Informe de jornada, evidencia fotográfica.

11. Coordinar y direccionar las acciones de promoción de la afiliación al Sistema General De Seguridad Social En Salud

12. Realizar la programación de las actividades a ejecutar de manera periódica

13. Socializar las acciones de los EBS en los espacios de participación social y popular Acta de reunión.

14. Participar en las mesas de trabajo y seguimiento convocadas por la entidad territorial

15. Realizar mínimo 2 seguimientos por familia al cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Cuidado Integral Primario.

16. Asistir a comités de seguimiento con EPS y Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud, cuando sean convocado.

17.Diligenciar el tablero de indicadores derivado de la estrategia de Atención Primaria en salud.

18. Realizar informe mensual de actividades ejecutadas el cual debe incluir número de individuos intervenidos, total de intervenciones y seguimientos ejecutados, con su respectivo soporte en el Excel.

PROPUESTA ECONÓMICA:

Las anteriores actividades se estiman en un valor mensual de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 6.400.000).**

Con todo respeto.

Yaroleinanda Arango L

C.C. No.

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
Arango	Ladino	Maria Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1088274136	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 10 MES 12 AÑO 1989	CARRERA 19N ?73B 07 CONJUNTO ACQUA T8 APTO 30 TORRE 8 APTO 304 PIAMONTE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	RISARALDA	MUNICIPIO	DOSQUEBRADAS		
MUNICIPIO	PEREIRA	TELÉFONO	0000000	EMAIL	marife-89@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	08	2012	52-0011

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
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARINO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		MODELO INTEGRAL PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR	05	2013
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		TOMA DE MUESTRA PARA CITOLOGIA CERVICO UTERINA	10	2018
SENA PEREIRA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		TOMA DE MUESTRAS PARA PROCESAMIENTO EN LABORATORIO CLINICO	03	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		BIOSEGURIDAD	05	2019
ESCUELA DE SALUD COLOMBO AMERICANA ESCAPEREIRA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	07	2020
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		MANEJO DE VACUNACION CONTRA LA COVID 19 EN COLOMBIA	04	2021
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUCION	02	2022
GOBERNACION DE RISARALDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ENTRENAMIENTO EN ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO-3	03	2022
GOBERNACION DE RISARALDA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		INDUCCION EN SYST	07	2022
gobernacion de risaralda	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	24	X		capacitacion actualizacion pai e infancia	11	2022
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		MI PG	12	2022

4 IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PEREIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3395252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APS	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 40 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TEMPOCONVISION			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3167964	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 24 7 29 PARQUE EL LAGO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE RISARALDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3398300	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA APOYO SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 19 13 17 PARQUE OLAYA HERRERA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE RISARALDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3398300	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	29	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA PRESTACION SERV	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 19 ESTE 13 17 ESTE parque olaya herrera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE RISARALDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* BELÉN DE UMBRÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3398300	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 19 ESTE 13 17 PARQUE OLAYA HERRERA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PEREIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3525252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	16	*Mes*	06	*Año*	2021	*Dia*	16	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* APS / PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 40 40 HOSPITAL DEL CENTRO 2DO PISO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PEREIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3525252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	14	*Mes*	01	*Año*	2021	*Dia*	31	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* APS-PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 ESTE 40 40 HOSPITAL DEL CENTRO 2DO PISO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SALUD PEREIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3525252	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	22	*Mes*	07	*Año*	2020	*Dia*	21	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* APS / PIC						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 ESTE 40 40 SEDE HOSPITAL CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESCUELA DE SALUD COLOMBO AMERICANA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3363693	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	19	*Mes*	06	*Año*	2018	*Dia*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINACION ACADEMICA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA Y SALUD						*DIRECCIÓN* AVENIDA 30A 42 277					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR RISARALDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia	15	*Mes*	10	*Año*	2016	*Dia*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ATENCION SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 SUR 21 48 comfamiliar de la Quinta					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE EMPLEO TEMPORALES DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3333391	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	12	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 24N 6 73					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO - TUMACO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS DE TUMACO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 7271556	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* barrio Nuevo horizonte					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO - TUMACO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS DE TUMACO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 7271556	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	23	*Mes*	11	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFER. SERVICIO SOCIAL OBLIGAT	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO- CONSULTA EXTER						*DIRECCIÓN* barrio Nuevo horizonte					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS OEI-INSTITUTO DE FORMACION DOCENTE VIRTUAL EDUCA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO RISARALDA	*MUNICIPIO* PEREIRA						*CORREO ELECTRÒNICO*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	04	*Año:*	2018	*Día:*	31	*Mes:*	05	*Año:*	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 30A A ESTE - 35A 22 ESTE AV 30 DE AGOSTO					

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	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	4
EXPERIENCIA DOCENTE	0	2

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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-04-10 05:36

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	FERNANDA	ARANGO	LADINO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1088274136

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS

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

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$10.302.720,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$10.302.720,00

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	$693,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	RISARALDA		$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
SOSTENIMIENTO	$750.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.274.136

ARANGO LADINO

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1989

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-2007 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2400100-00092681-F-1088274136-20081011 0004198794A 1 28502981

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:21:06 AM horas del 30/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1088274136**

Apellidos y Nombres: **ARANGO LADINO MARIA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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, 30/10/2026 08:20:48 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1088274136** y Nombre: **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO.**

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. **150624746** . 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 08:21:36 horas del 30/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1088274136,** Apellidos y Nombres **ARANGO LADINO MARIA FERNANDA**

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. 305651447

PIB
08:22:01

Bogotá DC, 30 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA FERNANDA ARANGO LADINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1088274136:

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 viernes 30 de octubre de 2026, a las 08:22:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1088274136
Código de Verificación	1088274136261030082209

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 1088274136 **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 29/10/2026 11:15 PM

Código Verificación: **5HA7LUVZ89**

Válida hasta: **30/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, MARIA FERNANDA ARANGO LADINO, con CC No. 1088274136, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 30 de octubre de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141269894693

(415)7707212489984(8020) 000014126989469 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1088274136	1	Impuestos y Aduanas de Pereira	16	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía	13	1088274136	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	169	Risaralda	66	Pereira	001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARANGO	LADINO	MARIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Risaralda 66	Pereira 001

41. Dirección principal: CONJ CR 19 N 73 B 07 T 8 AP 304

42. Correo electrónico: marife-89@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
66001	3185118159	3106676222

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
8692	20120809	8699	20121122		2224

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				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 2026-09-09 / 09:02:26PM

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 ARANGO LADINO MARIA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

Dosquebradas, **30 de octubre de 2026**

icontec 9001
Código Nº. 2818 - 1

LA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA

C E R T I F I C A:

Que en desarrollo de los procedimientos de debida diligencia y conforme a lo establecido en el **Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/PADM)**, según **Acuerdo 09 de 2022 de la Junta Directiva**, se realizó la consulta de la persona natural identificada con **CC 1088274136 - MARIA FERNANDA ARANGO LADINO** a través del aplicativo **DESQUBRA** conforme a contrato vigente suscrito entre la **ESE HOSPITAL SANTA MONICA** y **AGNOS SAS BIC.**

Como resultado de la verificación efectuada en listas restrictivas, vinculantes e informativas, no se evidencian coincidencias, alertas ni novedades que representen riesgo de **Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT)**, ni que den lugar a la generación de un **Reporte de Operación Sospechosa (ROS)** ante la UIAF.

Que la persona natural antes mencionada ha diligenciado en la plataforma **DESQUBRA** su **FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF PERSONA NATURAL** para la vigencia fiscal 2026 y que los reportes de las consultas antes citadas se encuentran bajo la custodia del Oficial de Cumplimiento.

RESULTADO FINAL: **PROCEDENTE**

Este certificado se expide. -como requisito previo al PROCESO número 14 DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA, con vigencia de un año contado a partir del **30 de octubre de 2026**

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

E.S.E. Hospital Santa Mónica

CÓDIGO CERTIFICADO: 0F80FB5087EEF016940C7CA9F544EF72
FECHA DESCARGA: 2026-10-30 00:49:38
USUARIO DESCARGA: USUARIO FORMULARIO EXTERNO
FECHA ACTUALIZACIÓN LAFT: 2026-10-30 00:48:16

CONSECUTIVO: 1279
LATITUD:4.8517310733832515
LONGITUD: -75.65200739133174
IP: 177.253.3.177

DISPOSITIVO: MOZILLA/5.0 (WINDOWS NT 10.0; WIN64; X64) APPLEWEBKIT/537.36 (KHTML, LIKE GECKO) CHROME/156.0.0.0 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	MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
* TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)	1088274136
* NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	3185118159
* CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	MARIFE-89@HOTMAIL.COM

* FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	2007-12-10

2. DATOS BASICOS

TIPO DE VINCULACION CON LA ESE:
CONTRATISTA

* DIRECCION	CARRERA 19 # 73B - 07
* TELEFONO	3185118159
* PROFESION	ENFERMERA

OBJETO CONTRACTUAL:
ENFERMERA

3. INFORMACION FINANCIERA

* INGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO Y HASTA 3 SALARIOS MINIMOS
* EGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO 0 MENOS
* OTROS INGRESOS	$0
* ORIGEN INGRESOS	HONORARIOS
* 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	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

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.

ACTUALIZACIÓN

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: 1279

* **INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
* **TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* **IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)**	1088274136
* **NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	3185118159
* **CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	MARIFE-89@HOTMAIL.COM
* **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO**	2007-12-10

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 REGISTRA LA PRESENTE FIRMA EN LA FECHA Y HORA INDICADAS 2026-10-30 00:46:59.

ESTA FIRMA FUE CAPTURADA POR CARGA DE IMAGEN



FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
IDENTIFICACIÓN: 1088274136
FECHA Y HORA DE FIRMA: 2026-10-30 00:46:59

	NOMBRE **CONTRATOS CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO – CONTRATISTAS**		CÓDIGO **26L925 - F09**
E.S.E. Hospital Santa Mónica			VERSIÓN **1.0**
	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	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) MARIA FERNANDA ARANGO LADINO , mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1088274136 , y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO, previa las siguientes consideraciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOVENA. CUMPLIMIENTO DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS. - El CONTRATISTA se compromete al cumplimiento de las funciones y obligaciones 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 30_ (Treinta) días del mes de Ocutbre_del año 2026.

CONTRATANTE,

JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

CONTRATISTA,

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
C.C. No1088274136

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

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

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

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

TITULAR DE LOS DATOS

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

C.C. No. 10882741346 de Pereira - RDA

	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 protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

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

TITULAR DE LOS DATOS

María Fernanda Arango ladino
C.C. No. 1088274136 de Pereira

	NOMBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DATOS DE MENORES DE EDAD		CÓDIGO 26L925 – F22
E.S.E. Hospital Santa Mónica	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	**VERSIÓN** **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y sus normas concordantes, autorizo, en calidad de representante legal del menor(es)DOMINIQUE SAMANTHA BECERRA ARANGO, que los datos incluidos en el documento y/o formulario, datos biométricos, imágenes, videos u otro registro de reconocimiento facial registradas sean incorporados a una base de datos responsabilidad de ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, para que sean tratados con la finalidad de:

- Asistencia social, actividades asociativas, culturales, recreativas, deportivas y sociales, publicidad propia, marketing.

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

REPRESENTANTE DEL MENOR

Nombre:MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

Firma: Maria Fernanda Arango Ladino
C.C. No. 1088274136 De PEREIRA - RDA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

María Fernanda Arango Ladino

C.C. 1.088.274.136

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

Enfermera

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

Rector

Secretaria General

Director

Libro I *Folio 153* *Registro 4744* *Acta 171*

Pereira 10 de Agosto de 2012

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

La suscrita Secretaria General de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA SECCIONAL PEREIRA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de la Fundación, se encuentra el ACTA DE GRADO No 171. En Pereira (Risaralda) a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil doce (2012) siendo las tres (3:00) de la tarde convocados por Resolución No. 31-12 de agosto diez (10) de 2012, se reunieron en el Salón Sapan del Hotel Movich de la ciudad de Pereira, el Rector Doctor JUAN ALEJANDRO DUQUE SALAZAR, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctora MARÍA ELVIRA ARAUJO FORERO y la Secretaria General Seccional, doctora GLORIA INÉS HERRERA GUEVARA, para presidir ceremonia de grado de **MARÍA FERNANDA ARANGO LADINO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.088.274.136,** quien cursó y aprobó todas las materias comprendidas en el Pénsum y presentó PRÁCTICAS HOSPITALARIAS, cumpliendo en esta forma con los requisitos exigidos, haciéndose merecedor (a) a recibir el título de: **ENFERMERA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Superior, mediante Acuerdo No 13 del 26 de julio de 1995. Luego de haber tomado el juramento de rigor al graduando (a), prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la profesión de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional, se hizo la entrega del diploma. Acto seguido, el Rector, presentó su saludo en nombre de la Fundación. Agotado el Orden del Día, la Sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta intervinieron.

Fdo. JUAN ALEJANDRO DUQUE SALAZAR	Rector
Fdo. MARÍA ELVIRA ARAUJO FORERO	Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Fdo. GLORIA INÉS HERRERA GUEVARA	Secretaria General Seccional

Es copia tomada de su original, a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil doce (2012). Anotado en el libro de registro número1, folio 153, registro 4744.

GLORIA INÉS HERRERA GUEVARA
Secretaria General Seccional

Acta de Grado

Institución Educativa

Dane 166001004484
ICFES: 035386
013532
Jornada: Diurna

Instituto "La Villa"

Pereira - Risaralda

En Pereira, Risaralda a 09 de diciembre de 2006, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de las estudiante de undécimo grado, el Rector y la Secretaria en la Rectoría del Instituto Femenino La Villa, hoy Institución Educativa "Instituto La Villa"; institución con licencia de funcionamiento, según resolución 2381 del 30 de octubre de 2002 de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental.
Comprobada la situación legal y académica de las estudiantes que cursarón y aprobarón los estudios correspondientes al nivel de educación media Académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

A la graduanda cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Maria Fernanda Arango Ladino

T.I. 891210-61512 de Pereira

Es fiel copia tomada del Acta general 57 del 09 de diciembre de 2006, la cual consta de 128 graduandas, que comienza con Isabel Cristina Acevedo Villa y cierra con Martha Elena Vinazco Sánchez.

Firmada por quienes intervinieron en cumplimiento con lo ordenado en el artículo 7 del Decreto 180 de 1981 y el Decreto 921 de 1994.

Mg. Fabio Ernesto Betancourth Patiño
C.C. 14.972.043 de Cali
Rector

Myriam Giraldo Ossa
C.C. 32.480.319 de Medellín
Secretaria

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa

Instituto La Villa

Pereira - Risaralda
Licencia de funcionamiento, según resolución 2381 del 30 de octubre de 2002, de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental.

Confiere a

María Fernanda Arango Ladino

T.I. 891210-61512de Pereira

El Título de

Bachiller Académico

Quien cursó y aprobó el plan de estudios de la Educación Media Académica, según la ley general de educación y establecido en el Proyecto Educativo Institucional. En testimonio de ello le otorga el presente diploma.

Rectoría

Secretaría

Anotado en el control interno del plantel en el

Comfamiliar
RISARALDA

EL LÍDER DE GESTIÓN HUMANA

HACE CONSTAR

Que la señora MARIA FERNANDA ARANGO LADINO identificada con cédula de ciudadanía No. 1088274136 prestó sus servicios a la institución desde el 15 de Octubre de 2016 hasta el 30 de Diciembre de 2016, con un contrato POR PRESTACION DE SERVICIOS, desempeñando el cargo de PROFESIONAL DE SALUD Y NUTRICION.

Pereira, 14 de Febrero de 2023.

GERMÁN BEDOYA MÁRQUEZ

Michael L.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT 840.001.036-7
DISTRITO ESPECIAL DE TUMACO – NARIÑO
TALENTO HUMANO

San Andrés de Tumaco 16 de mayo 2016

ASUNTO: certificado Laboral

Cordial saludo,

Con el presente informo que el (la) Señor(a) **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO** identificado(a) con la cedula de ciudadanía número **1.088.274.136 DE PEREIRA** laboro en la **E.S.E CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO DE SAN ANDRES DE TUMACO** durante un periodo de 15 meses el cual inicio 21 DE FEBRERO DE 2014 y terminó el 30 DE MAYO 2015; CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES y como CONTRATISTA para prestar servicios asistenciales como ENFERMERA PROFESIONAL.

Copia de la presente se entrega para su información.

Para constancia se firma en Tumaco el 16 DE MAYO DE 2016

JOSE TIRSO POLO VALLEJO
Profesional Universitario Talento Humano
Jefe de Talento Humano

Copia talento humano
Elaboro: Sonia Chamorro

La Suscrita, Directora General, de la Escuela de Salud Colombo Americana ESCA PEREIRA - NIT 816006686-1 Resoluciones No. 5287 de mayo 28 de 2018, y 8700 de septiembre 07 de 2018, mediante las cuales se actualiza licencia de funcionamiento, se renueva el registro de los programas Técnicos Laborales en Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, Técnico en Criminalística, Seguridad y Salud en el Trabajo.

C E R T I F I C A:

Que la Enfermera Profesional, **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.088.274.136 de Pereira, trabajó con nuestra institución desempeñando el cargo de **COORDINADORA ACADEMICA**, con un contrato a termino fijo, desde el 19 de Junio del año 2018 y hasta el 20 de Diciembre del 2019, mostrando excelente desempeño en el cumplimiento de sus funciones, devengando un salario mensual de $1'430.000 mcte.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los veintidós (22) días del mes de Enero del 2020.

Atentamente,

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ VELÁSQUEZ
Directora General.

Transcribe
Luz M. Castrillon

Instituto Departamental de Salud de Nariño	RESOLUCIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-02	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

No. 52 - (0011)

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO**, identificada (o) con Cedula de Ciudadania No. 1088274136 expedida en PEREIRA (RISARALDA), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERA titulo que le otorgo el (la) FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, en PEREIRA (RISARALDA), segun Acta de Grado No. 171 y Diploma No. s/n del 10 de Agosto de 2012

Que dicho titulo se encuentra debidamente Registrado con el No. 4744 al Folio No. 153 del Libro No. 1 del 10 de Agosto de 2012, por el (la) FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, en PEREIRA (RISARALDA)

Que cumplió con el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO** en el (la) CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO E S E en TUMACO (Nariño), en el periodo comprendido entre el 22 de Noviembre de 2012 al 22 de Noviembre de 2013, en cumplimiento de la Resolución No. 1058 del 23 de marzo de 2010, emanada del Ministerio de la Protección Social

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO**, identificada (o) con Cédula de Ciudadania No. 1088274136 expedida en PEREIRA (RISARALDA), para ejercer como **ENFERMERA**, en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: En cumplimiento del artículo 5º del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde registró el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Dirección Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, para control y vigilancia.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 07 [illegible] 2013

ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO
Directora I.D.S.N.

Proyecto		Reviso	
BETTY YOLIMA ORTEGA E Secretaria		**HUGO ORLANDO DIAZ** Tecnico Operativo	
Firma	Fecha 30 de Diciembre de 2013	Firma	Fecha 30 de Diciembre de 2013

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

escapereira
El futuro está en tus manos.

www.escapereira.co
Ave. 30 Agosto No 42-277 P.B.X. 3363693 - 3291757 cel.301.4282902
Pereira

La Suscrita, Directora General, de la Escuela de Salud Colombo Americana ESCA PEREIRA - NIT 816006686-1 Resoluciones No. 5287 de mayo 28 de 2018, y 8700 de septiembre 07 de 2018, mediante las cuales se actualiza licencia de funcionamiento, se renueva el registro de los programas Técnicos Laborales en Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, Técnico en Criminalística, Seguridad y Salud en el Trabajo.

C E R T I F I C A:

Por medio de la presente certifico que la Enfermera profesional MARIA FERNANDA ARANGO LADINO, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.088.274.136 de la ciudad de Pereira, ha trabajado en nuestra institución como docente mediante contrato de prestación de servicios por horas cátedra durante los siguientes períodos; del 01 de febrero de 2020 a 30 de septiembre de 2020.

Cordialmente:

ESCUELA DE SALUD COLOMBO AMERICANA
escapereira
Dirección General

MARIA LUCIA RODRÍGUEZ VELÁSQUEZ
Directora General

ENERIETH GOMEZ CAMACHO
Coordinadora Académica

ESCUELA DE SALUD COLOMBO AMERICANA
escapereira
Coordinación Académica

Instituto Departamental de Salud de Nariño	CERTIFICACIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-12	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

LA SUSCRITA DIRECTORA Y EL TECNICO OPERATIVO DE LA SECRETARIA GENERAL DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

C E R T I F I C A N:

Que, **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO**, identificada (o) con Cédula de Ciudadanía No. 1088274136 expedida en PEREIRA (RISARALDA), egresada (o) de el (la) **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**, en PEREIRA (RISARALDA), según Acta de Grado No. 171 y graduada (o) el 10 de Agosto de 2012, prestó sus servicios como ENFERMERA, en **Servicio Social Obligatorio**, en el (la) CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO E.S.E de TUMACO (Nariño), vinculada (o) mediante RESOLUCION DE NOMBRAMIENTO No. 1400 del 22 de Noviembre de 2012, ACTA DE POSESIÓN No. s/n del 22 de Noviembre de 2012, en Plaza 029-EA, habilitada mediante Resolución No. 1099 del 21 de Mayo de 2008, por la cual se renuevan plazas.

Que, la plaza antes mencionada esta validada para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, de conformidad con el Decreto No. 2865 de 1994, por el cual se delega en las Direcciones Seccionales de Salud, la facultad de selección, aprobación y renovación de plazas para la prestación del Servicio Social Obligatorio.

Que, según constancia expedida por la (el) Gerente de el (la) CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO E.S.E de TUMACO (Nariño) la (el) mencionada (o) profesional permaneció en esa localidad durante el tiempo comprendido entre el 22 de Noviembre de 2012 al 22 de Noviembre de 2013.

Que, en consecuencia la (el) mencionada (o) profesional ha cumplido el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, y para la Inscripción y Registro del Título Profesional de acuerdo a disposiciones legales vigentes, se expide la presente Certificación.

Se firma en san Juan de Pasto, a los 17 DIC 2013

ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO
Directora I.D.S.N.

HUGO ORLANDO DIAZ
Técnico Operativo

Proyectó: Betty Yolima Ortega

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 celebró contrato de prestación de servicios con **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1088274136, cuyo objeto contractual fue: **"PRESTACIÓN DE SERVICIO PROFESIONALES COMO ENFERMERA, PARA LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1034 DEL 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL"**, según la siguiente relación:

No. CONTRATO	***VALOR***	***VIGENCIA***
CPS 1415-24	$ 22.519.466 VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DESDE EL 09/09/2024 HASTA EL 30/12/2024

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 21 días del mes de febrero de 2025.

JORGE EDUARDO OSPINA CALLE
Asesor Jurídico ESE Salud Pereira

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN CERTIFICADO DE CONTRATOS
Versión 1	Vigencia: 12-2020

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICA:

Que la Contratista **Maria Fernanda Arango Ladino**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.088.274.136 expedida en Pereira, ejecutó el siguiente Contrato:

Contrato Nº Interno:	1091
No SECOP II:	CO1.PCCNTR.4746879
Objeto:	Prestar servicios profesionales como enlace en el municipio de Belén de Umbría de los programas de salud pública de la secretaria de salud de Risaralda
Valor Inicial del Contrato:	$35.302.720.00
Valor Final del Contrato:	$35.302.720.00
Fecha de Iniciación:	30 de marzo de 2023
Fecha de Terminación:	29 de noviembre de 2023
Plazo:	240 días
Cumplimiento:	Excelente
Otro	No Aplica

Los ítems y cantidades recibidas fueron:

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDDES O ALCANCE	REALIZADA DENTRO DEL PLAZO	CANTIDAD Y/O CALIDAD	OBSERVACIONES
1 Ser el enlace técnico entre la Secretaría de Salud Departamental, la Dirección Local de Salud, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de realizar acompañamiento a las actividades de asesoría y asistencia técnica e inspección y vigilancia, referente a los diferentes programas de la Dirección Operativa de Salud Pública. En el municipio que le sea asignado. designado por el supervisor	SI	EXCELENTE	NINGUNA
2 Realizar asistencia técnica y actividades de Información, Educación y Capacitación de los programas de Salud Pública en la Dirección Local de Salud (DLS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, organizaciones de base comunitaria, Grupos/Unidades de Trabajo	SI	EXCELENTE	NINGUNA

Informal y establecimientos de interés sanitario y ambiental del municipio asignado designado por el supervisor, según los lineamientos de los programas de Salud Pública.			
3. Acompañar a los referentes de los programas de la Secretaría de Salud que realicen visitas de asesoría y asistencia técnica e inspección y vigilancia a las organizaciones de base comunitaria, Grupos/Unidades de Trabajo Informal del municipio y establecimientos de interés sanitario y ambiental, en el municipio asignado. que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
4. Realizar la revisión y verificación del cumplimiento de los alcances contratados con la ESE Hospital en lo concerniente al Plan de Intervenciones Colectivas – PIC – Departamental en el municipio asignado. designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
5. Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento relacionados con los Programas de la Dirección Operativa de Salud Pública, en el municipio asignado, que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
6. Verificar el cumplimiento de la entrega oportuna en la realización de la notificación, unidades de análisis, investigaciones epidemiológicas de campo, de los eventos de interés en salud pública, presentados en el municipio asignado. que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
7. Concurrir y participar, de las acciones de preparación, contención y mitigación, en caso de la ocurrencia de brotes, emergencias y/o epidemias de interés en salud pública, que se presenten durante la ejecución del contrato, conforme a los lineamientos Nacionales y Departamentales establecidos para tal fin, en el municipio que le sea asignado. designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN CERTIFICADO DE CONTRATOS
Versión: 1	Vigencia: 12-2020

OBSERVACIONES: No existen observaciones

SE IMPUSIERON MULTAS: SI___ NO X

SE DECLARÓ INCUMPLIMIENTO: SI___ NO X

Para constancia se firma el día 26 del mes de diciembre de 2023, **se adhieren y anulan estampillas.**



RODOLFO ANTONIIO BURGOS PEREIRA
Secretario de Salud Departamental

Proyectó: Olga Patricia De Los Ríos Sepúlveda

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaria de Salud GESTIÓN JURÍDICA CONTRATACIÓN CERTIFICADO DE CONTRATOS
Versión 1	Vigencia 12-2020

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICA:

Que la Contratista **Maria Fernanda Arango Ladino** identificada con cédula de ciudadania No 1.088.274.136 expedida en Pereira, ejecutó el siguiente Contrato:

Contrato Nº Interno: 0925 de 2025
No Secop 2 CO1.PCCNTR 6116816 de fecha 21 marzo de 2024
Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA COMO ENLACE MUNICIPAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE RISARALDA
Valor Inicial del Contrato: $35.302.720.00
Valor Final del Contrato: $35.302.720.00
Fecha de Iniciación: 17 abril de 2024
Fecha de Terminación: 16 de diciembre 2024
Plazo: 210 días
Cumplimiento: La contratista cumplió con el 100% de las actividades programadas para el periodo del 17 de abril al 16 de diciembre.
Otro

Los ítems y cantidades recibidas fueron:

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES O ALCANCE	REALIZADA DENTRO DEL PLAZO	CANTIDAD Y/O CALIDAD	OBSERVACIONES
1. Ser el enlace técnico entre la secretaria de Salud, la Dirección Local de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, en lo concerniente a la Dirección Operativa de Salud Pública. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
2 Realizar la asistencia técnica y capacitaciones de los programas de Salud Pública en la Dirección Local de Salud (DLS), Instituciones Prestadoras de Salud y organizaciones de base comunitaria, Grupos/Unidades de Trabajo Informal del municipio, según los lineamientos de los programas de Salud Pública. En el municipio que le sea designado por el supervisor	SI	EXCELENTE	NINGUNA

3 acompañar a los profesionales de los programas de la Secretaria de Salud que realicen visitas de asesoría y asistencia técnica e inspección y vigilancia a las Direcciones Locales de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y organizaciones de base comunitaria, Grupos/Unidades de Trabajo Informal del municipio. En el municipio que le sea designado por el supervisor	SI	EXCELENTE	NINGUNA
4 Realizar la revisión del cumplimiento de los alcances contratados con la ESE en el Plan de Intervenciones Colectivas- PIC-Departamental en el municipio. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
5 Participar de manera activa en los comités de programas de Salud Pública que se convoquen en el municipio. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
6 Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las unidades de análisis de los eventos relacionados a los Programas en Salud pública en el municipio. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
7 socializar la información entregada por los gerentes de los programas, entidades nacionales o área de comunicaciones de la Gobernación del Risaralda, a las Direcciones Locales de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y Organizaciones de Base Comunitaria, Grupos/Unidades de Trabajo Informal del municipio. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA
8 asistir a las reuniones que programe la Dirección Operativa de Salud Pública Departamental y/o coordinadores de los programas y realizar las actividades que de allí se desprendan. En el municipio que le sea designado por el supervisor.	SI	EXCELENTE	NINGUNA

9 concurrir y participar, de las acciones de preparación, contención y mitigación, en caso de la ocurrencia de brotes, emergencias y/o epidemias de interés en salud pública, que se presenten durante la ejecución del contrato, conforme a los lineamientos Nacionales y Departamentales establecidos para tal fin. En el municipio que le sea designado por el supervisor	SI	EXCELENTE	NINGUNA

OBSERVACIONES: El contratista cumplió con todas las actividades propuestas para el contrato **0925 de 2024**, en el periodo del 17 de abril al 16 de diciembre de 2024.

SE IMPUSIERON MULTAS: SI --- NO --X--
SE DECLARÓ INCUMPLIMIENTO: SI --- NO --X-

Para constancia se firma el día 07 del mes de febrero de 2024, **se adhieren y anulan estampillas.**



LITZA FERNANDA ROLDÁN RAMÍREZ
Secretaria de Salud de Risaralda (E)

Proyectó Olga Patricia De Los Ríos Sepúlveda
Supervisora

	FORMATO	CERTIFICACION LABORAL	
	PAGINA: 1 de 1	CODIGO: CL -002	
	REVISION:02/02/17	VERSION:01	FECHA:02/02/17

CL -060

Pereira, febrero 24 de 2025

CERTIFICA

Por medio de la presente, la empresa **TEMPORALES CON VISIÓN S.A.S** con NIT **901.010.310-1** certifica que el señor(a) **MARIA FERNANDA ARANGO LADINO** con C.C No **1.088.274.136,** FUE trabajador en misión en la ESE Salud Pereira, a partir del día 29 de noviembre de 2024 hasta el 28 de diciembre de 2024, desempeñando el cargo de **ENFERMERA** por medio de un contrato de obra y labor contratada.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Realizar 232 visitas a familias de promoción de la salud y prevención de los riesgos de enfermedad en salud pública, mediante la caracterización en salud en zonas priorizadas en el marco de la estrategia mejoramiento de entornos saludables. (incluye las acciones de canalización en casos de encontrar signos de alarma).

Para constancia se firma en Pereira a los veinticuatro (24) días del mes de febrero del año 2025.

Atentamente,

DORISLEY HINCAPIE MONCADA
Auxiliar Administrativo en Recursos Humanos

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.088.274.136
ENFERMERA
MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
PEREIRA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 10/08/2012
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 08/01/2016

Creat-ID.com | 821 9116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Previsión ips

NIT. 816.003.024-0
Calle 19 #5-13, piso 4, Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail: informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 98.844

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2024 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO

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

PARTICULARES	MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
Nombre de la empresa	Empresa que contrata al trabajador

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

Apellidos y Nombres	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARANGO LADINO MARIA FERNANDA	O +	FEMENINO	34 AÑOS 1 MESES 10 DIAS	CC	1088274136
				Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE OBESIDAD.	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: ECHEVERRY DIAZ JOSE HEI

R. M.: 11143 L.S.O.: 2218-18

Código de Seguridad
S133Y1E98844

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARANGO LADINO MARIA FERNANDA

CC: 1088274136

Software para el sector salud - www.hiofile.com.co

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que Maria Fernanda Arango Ladino, identificado(a) con CC número 1088274136, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1088274136
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Fernanda Arango Ladino
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/12/1989
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	9 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	9 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	08/09/2026
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1088274136 Trabajador Independiente Desde 01/08/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1088274136 MARIA FERNANDA ARANGO LADINO Desde 15/10/2025 Hasta 18/07/2026

Generado por interfaces

29/10/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.274.136**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DAVIbank

DAVIbank S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 702020337 , con fecha de apertura 17 de Diciembre de 2018 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): MARIA FERNANDA ARANGO LADINO
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.088.274.136

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Octubre de 2026 .

Cordialmente,

Servicio al Cliente
Davibank S.A.
www.davibank.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

© 2026 - ® Pertenece a Davivienda Group.

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

C.C 1.088.274.136

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., 09 de septiembre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761477748206

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

C.C 1.088.274.136

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761402970000

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Ma Fernanda
Apellidos: Arango Ladino
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1088274136
Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 12 Año 1989

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | **Minsalud**

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Maño Fernanda.
Apellidos: Arango Ladino
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1088274136
Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 12 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	06-12-06		
	2	20-03-13	024L100AD	
	3	24-04-2013	73SA216C	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	20-03-13	BGT6016C	
	2	24-04-2013	3160LN5C	
	3	18-09-2013	9120053	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		18-05-13	H5402	Leidy A. Alzate
Contra Influenza	1	31-5-13	K7063	DOO-Jenny
	1.	20-6-14	1410601	Lotcu-quic
	1.	28-8-2014	Sc Pharma V.1052405	Visa 6
Otras				
DPT-Acelu	1	20-6-14	AC37B137AE	Lotcu-Quic

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	31-03-2021	ASTRAZENECA	CTMAV510	ese salud Pereira	Mariela Andica	25213761
		23-03-2021	Astrazeneca	AH0362	ESE Salud Pereira	Mariela Andica	25213761
		23 DEC 2021	AstraZeneca	37904	Salud Pereira ¡Comprometidos con la vida!	Liliana Vallejo	25018688

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 * 1088274136

Primer Nombre MARIA

Primer Apellido ARANGO

Confirme los números de la Imagen *

5062

Cambiar

3000

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-30 12:49:04 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1088274136	MARIA	FERNANDA	ARANGO	LADINO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA FERNANDA ARANGO LADINO identificado(a) con CC 1088274136 registra La siguiente información:

2026-10-30 12:49:04 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	**Local**	**ENFERMERIA**	**2016-01-08**	**1088274176**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	**Local**	**COLOMBIA|NARIÑO|SAN ANDRÉS DE TUMACO**	**2012-11-22**	**2013-11-22**	**Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada**	**Enfermería**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

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).

Cruz Roja Colombiana
Seccional Risaralda

INSTITUTO DE FORMACIÓN

Para el Trabajo y Desarrollo Humano Resolución No. 930 del 07 de marzo de 2014
Secretaría de Educación Municipal de Pereira.

Certifica que:

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

identificado(a) con cédula de ciudadanía 1088274136
aprobó satisfactoriamente, con una intensidad de 40 horas el curso de:

MISIÓN MÉDICA

MARCELA HENAO SOTO
Directora Instituto

MÓNICA ANDREA LIZARAZO
Coordinadora Académica

RDA1088274136
02 de diciembre del 2024
educacionrisaralda@cruzrojacolombiana.org

escapereira

La Escuela de Salud Colombo Americana – ESCA PEREIRA

Con licencia de funcionamiento 0096 del 29 de julio de 2003, actualizada mediante Resolución No. 5287 de mayo 28 de 2018, Acuerdo N° 00407 de diciembre 28 de 2017 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Ministerio Salud y de la Protección Social de Colombia.

Certifican que:

MARIA FERNANDA ARANGO LADINO

Identificado con Cédula de Ciudadanía número 1088274136, asistió y aprobó el curso Virtual "ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL" dictado en Pereira, con una intensidad de CUARENTA (40) horas.

María Lucía Rodríguez Velásquez
Directora General

Pereira, 2-7-2020

D462WS-CE000018

Jorge Luis Prado Sánchez
Coordinador ESCAVIRTUAL

A&CC RESCUE AND QHSE COMPANY S.A.S

CERTIFICA QUE:

María Fernanda Arango Ladino

Identificado(a) con CC. 1.088.274.136

Asistió, Cursó y Aprobó el contenido temático de Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar Básico y Avanzado BLS/ALS
Y atención inicial de emergencias como primer respondiente
Con una intensidad de 40 Horas de manera satisfactoria según Referencial ED902 del INRS Europeo
Con parámetros internacionales de la ILCOR 2020 bajo resolución 2003 de 2014
Pereira 16 de Febrero de 2024.

Director del centro de capacitación

Certificación de educación informal, no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Decreto 4904/09. **Certificado N°1339_2020 RCP_B_A/COL/PEI 1339_Valido_2_Años**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD THOT

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	PÓLIZA NO.	ANEXO NO.
PEREIRA	PEREIRA	EMISIÓN ORIGINAL	55-03-500000130	0

TOMADOR	MARIA FERNANDA ARANGO LADINO			CC	1088274136
DIRECCION	CR 19 N 73B 07 ACQUA T 8 A 304	CIUDAD	DOSQUEBRADAS	TELEFONO:	3185118159
ASEGURADO	MARIA FERNANDA ARANGO LADINO			CC	1088274136
DIRECCION	CR 19 N 73B 07 ACQUA T 8 A 304	CIUDAD	DOSQUEBRADAS	TELEFONO	3185118159
BENEFICIARIO	TERCEROS O AFECTADOS DE LEY				

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS
(D-M-A)	(D-M-A)	(D-M-A)	(D-M-A)	(D-M-A)
27 / 10 / 2026	27 / 10 / 2026	27 / 10 / 2027	27 / 10 / 2026	27 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACIÓN
MUNDO SEGUROS PEREIRA LTDA.	1-163562	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑÍA	% PARTICIPACIÓN

INFORMACIÓN DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% IVAR	SUBLÍMITE
Perjuicio patrimonial	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD THOT	$ 200,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT			$ 60,000,000.00

LIMITE POR EVENTO GASTOS: $ 20,000,000.00

DEDUCIBLES:

ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD THOT: 10% - Min 1 SMMLV

GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD THOT: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ 285,000,000.00	**PRIMA:**	$ 145,183.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		**IVA:**	$ 27,584.00
		TOTAL A PAGAR:	$ 172,767.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: Carrera 7 No 19-28 Piso 12, PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29-07-2022 – 1329 – P – 06 – 0000000E-RC-001A- D001, D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

REFERENCIA PAGO: 11500000130-0

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

EMISIONTHOT

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no será responsable del pago por costos, daños y/o perjuicios consistentes en, originados por, consecuencia de, o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones por daños genéticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto médico no deseado, organismos patógenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento del nacimiento o hasta dos (2 años) despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepción hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

2. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesión de la salud con fines diferentes al diagnóstico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorización de la autoridad competente.

3. Responsabilidad de otros profesionales de la salud o talento humano en salud, por la prestación de sus servicios en el consultorio o en los predios del asegurado.

4. Perjuicios causados por la prestación de servicios de salud por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o actividad de la salud o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

5. Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad de la salud por el asegurado o personas al servicio del asegurado bajo la influencia de sustancias alcohólicas, intoxicantes, alucinógenas o narcóticas.

6. Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos médicos que no cuenten con aprobación y registro de la entidad de vigilancia y control –Invima o quien haga sus veces- y que no tengan reconocimiento por la ciencia médica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.

7. Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos médicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no estén incluidos en forma expresa en la clasificación única de procedimientos en salud vigente –cups- (resolución 3512 de 2017 del ministerio de salud y protección social y las normas que la modifiquen o adicionen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención en tales casos.

8. Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos de tipo estético y/o cosmético, salvo que se trate de intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anormalidades congénitas, siempre que sea realizada por un especialista.

9. 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 artificial o fecundación in vitro.

10. Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupción del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupción voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligación legal y/o constitucional, como:

I- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.

II- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

IV- Cuando la voluntad de la mujer sea la interrupción del embarazo (IVE) hasta las 24 semanas de gestación, sin aducir causal especifica.

11. Responsabilidad civil profesional por emisión de dictamenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento de un paciente.

12. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infección con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

13. Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez, sanciones de carácter administrativo o daños punitivos.

14. Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestos a riesgos como radiación ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio de enfermedades o agentes patógenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza. Esta exclusión no aplica cuando el profesional o talento humano de la salud afectado estuviere en condición de paciente.

15. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta póliza.

16. Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando ésta no fuere aplicada por un especialista y en una institución de la salud acreditadas para este fin.

17. Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

18. Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al paciente no justificada de acuerdo con la ley.

En caso de abandono y/o negativa de atención justificada conforme a la ley, SEGURESTADO respaldará al asegurado unicamente en la cobertura de gastos de defensa hasta el límite pactado en la carátula de la póliza y con sujeción a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clínica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

19. Responsabilidad civil por productos farmacéuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmacéuticos o perjuicios por el suministro de drogas o medicamentos que afecten la responsabilidad civil del fabricante.

20. Violación del secreto profesional.

21. Pérdidas ocasionadas por una falla en el reconocimiento electrónico de fechas y horas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

22. Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, insinuación o promesa de éxito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o terapéutico. Así, como del incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

23. Actos médicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente póliza que lleven a una reclamación que pretenda afectar la cobertura de esta.

24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguíneos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clínica del asegurado.

25. La transmisión de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado durante la prestación de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal al servicio del asegurado y/o el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad.

26. Actos médicos indirectos, y los denominados extracorpóreos, tales como investigación, experimentación, autopsia.

27. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

28. Filtraciones contaminantes o residuos patológicos, incluyendo los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patológicos.

29. Daños originados o relacionados con organismos patógenos, conforme su definición médico – científica.

30. Responsabilidad relacionada con el transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehículos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aéreos, terrestres o acuáticos, y de usen para realizar la actividad asegurada, así como los daños causados a los vehículos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado. En todo caso la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad de la salud asegurada si se encuentra amparada.

31. Atención o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalización en casa (SHEC) y programa de hospitalización domiciliaria (PHD), salvo cuando exista contrato de prestación de servicios con una institución prestadora de servicios de salud legalmente constituida, para prestar servicios de PHD o de SHEC", que tenga habilitados dichos servicios por la autoridad competente en Colombia.

32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.

33. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

34. Responsabilidad civil patronal, prácticas laborales incorrectas o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevención de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad social semejante, sea pública o privada.

35. Actividades realizadas por un asegurado que total o parcialmente sirva, como miembro de junta directiva o alto ejecutivo de cualquier entidad, cuando los perjuicios que se le reclaman provengan de dicha actividad como miembro de junta directiva

36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I- Guerra civil o internacional sean estas declaradas o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas o similares (sin perjuicio de que la guerra haya sido o no declarada), huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, rebelión, revolución, insurrección, o conmoción civil alcanzando la proporción de, o llegando a constituirse en un levantamiento, poder militar o usurpado.

II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de esta, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objetivo establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, si tales intereses son declarados o no.

37. Cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbesto, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación en cualquier ambiente, construcción o estructura.

38. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creación hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La acción de energía atómica.

II- Radiaciones ionizantes, o contaminación por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustión de material nuclear. Explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad.

III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

39. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del asegurado en su carácter de funcionario o servidor público según lo defina la ley. En tanto caso se encuentra cubierta la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud asegurada por la que sea civilmente responsable el asegurado.

40. Responsabilidad civil profesional o por actividades netamente administrativas.

41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas, teléfono.

42. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, así como también los daños causados por la acción palustina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

43. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

44. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.

45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, así como el uso de armas de fuego.

46. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.

47. El incumplimiento de obligaciones contractuales, así como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales. Sin perjuicio de ello, se aclara que la responsabilidad civil profesional por la actividad de la salud se encuentra amparada.

48. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

49. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento médico quirúrgico o realización del procedimiento sin las autorizaciones exigidas en la normatividad aplicable.

50. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

51. Reclamación por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos y/o materiales cuando no se hayan realizado los mantenimientos, control sobre el uso y medidas de seguridad a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o proveedor del equipo.

52. Cuando el asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

53. El incumplimiento de las disposiciones y requisitos vigentes en materia de telemedicina y telesalud.

54. La prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

55. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la república de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no será responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

56. Cuando no se lleve un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

57. Procedimientos sin la autorización para realización de la cirugía e intervención, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deberá estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Médico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

58. El Asegurado no mantenga la historia clínica del paciente al día y debidamente diligenciada, para las actuaciones que realice en ejercicio de su actividad individual.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

59. Se excluyen las reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolución No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 y los demás que lo reglamenten y/o lo modifiquen.

60. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de telecrientación y de telepoyo.

61. Se excluye la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atención en salud.

62. La prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sean prestados por el asegurado en forma independiente, y no a través de un prestador de servicios de salud legalmente habilitado en Colombia.

63. No tienen cobertura bajo esta póliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional médica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.

64. Se excluye el Cyber Edge o Riesgo Cibernético: exclusión de pérdida de datos y cyber liability: esta póliza excluye cualquier responsabilidad, reclamación, pérdida, daño o gasto derivado directa o indirectamente de acceso no autorizado, uso, impedimento de uso, error o fallo de programación, uso malicioso, infección por programas maliciosos o virus, extorsión, destrucción, interferencia o impedimento de acceso a datos o sistemas informáticos de propiedad o no del asegurado. Se excluyen también pérdidas, daños, responsabilidades o reclamaciones derivados directa o indirectamente de modificación, corrupción, pérdida, destrucción, robo, uso indebido, acceso no autorizado, procesamiento ilegal o no autorizado o revelación de datos, destrucción o robo de cualquier computadora o aparato electrónico o accesorio que contenga datos. Datos significa cualquier tipo de información personal o corporativa en cualquier formato o soporte.

65. Exclusión de Incumplimiento en seguimiento de Protocolos: El asegurador no será responsable de realizar ningún pago por Pérdida bajo este contrato causado de forma directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

1. El hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:

a. Un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o

b. La amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o

2. El incumplimiento del Asegurado de seguir un plan de gestión de crisis que aborde los pasos mencionados en (1) arriba; o

3. El Asegurado real o presunta:

a. Falla para evaluar o revelar adecuadamente y de manera continua;

b. declaraciones falsas y engañosas en relación con; o

c. Falla al tomar las medidas adecuadas para mitigar, El riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado o para el desempeño financiero del Asegurado.

Para propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:

1• Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;

2• Neumonía atípica o cualquier cepa de este;

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACIÓN APLICABLE: colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

• FECHA MÁXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 días calendario contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

• CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate pólizas con el propósito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras pólizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

• No renovación tácita o automática: la póliza no será renovada automáticamente, sino que, para efectos de su renovación, el asegurado deberá solicitar la renovación con 30 días calendario de anticipación al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGUROSTADO presentará los términos y condiciones de acuerdo con la evaluación del riesgo que se efectúe.

• No se otorga restablecimiento del valor asegurado.

• La presente póliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podrá ser renovada o revocada, pero no se podrán realizar movimientos de prórroga.