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 Psicólogo (a), 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 el Ministerio de Salud y Protección Social" a fin de que se presente en la oficina jurídica de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica, carrera 19 calle 18 Santa Mónica Dosquebradas.

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

Gerente

Fijado en la oficina de jurídica:

Fecha de fijación: noviembre-2026

Revisó: Jefe de Oficina Jurídica.

Dosquebradas, noviembre del 2026

Doctor

Juan Carlos Marín Gómez

GERENTE ESE HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUERADAS

REFERENCIA: Propuesta para la prestación de servicios como Psicólogo (a) 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 Psicólogo (a) 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.Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.

2. Activar los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención a partir de lo identificado en la atención en salud mental.

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

4.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 micro territorio 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 efectividad de los EBS.

5.Participar en los espacios de participación social y popular socializando las acciones de los EBS.

6. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base (PICP) 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 EBS.

7. Realizar la ejecución y seguimiento en el cumplimiento de las acciones y metas establecidas en los PICP, considerando las intervenciones individuales, familiares y comunitarias - colectivas PICP.

8. Realizar articulación para consecución de jornadas de intervención y promoción de la salud de las familias (brigada), de acuerdo a la programación establecida.

9. 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 micro territorio, determinando el perfil epidemiológico de la población asignada, con análisis cualitativo y cuantitativo de las mismas, análisis determinantes sociales de la salud del territorio y micro territorio priorizado.

10. Realizar intervenciones colectivas a través de visitas domiciliarias en el entorno hogar que conforman los micro territorios, 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

11.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 micro territorio priorizado.

12.Realizar la programación de las actividades a ejecutar de manera periódica y en los formatos institucionales establecidos para tal fin por la institución.

13.Recibir y entregar los diferentes insumos médicos y de dotación que se le entreguen para el desarrollo de las actividades en los diferentes territorios asignados.

14. De acuerdo con los resultados obtenidos en los procesos de captación, demanda inducida, canalización, caracterización y demás información que se genere por micro territorio conforme los lineamientos expedidos, generar boletín informativo.

15. Prestar los primeros auxilios psicológicos en caso de requerirse y/o activación de ruta.

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

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

18. Comités de seguimiento con Entidad Territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la oferta de servicios de otros sectores y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud.

19. Participar en todas las jornadas que sean convocadas desde la ESE Hospital Santa Mónica y atenciones realizadas en los diferentes territorios y micro territorios realizando desde el área de su competencia, actividades individuales y colectivas en los diferentes

cursos de vida. Realizar articulación para consecución de jornadas de intervención y promoción de la salud de las familias (brigada), De acuerdo a la programación establecida.

PROPUESTA ECONÓMICA:

Las anteriores actividades se estiman en un valor mensual de **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 6.300.000).**

Con todo respeto.

Marisela Espejo R.

C.C. No. 1085901279.

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Espejo	Ruiz	Marisela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1085901279	F (X) M ( ) NB ( )	COL. ( ) EXTRANJERO ( )	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 07 MES 12 AÑO 1986	
PAÍS	PAÍS DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO EMAIL espejomarisela@gmail.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	07	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

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

FORMATO COMÚN ETC

HOJA DE VIDA

Personal Vitae

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

1 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA Y LEE. ESCRIBE DE FORMA BREVE AB (B) BIEN (B) O MAL BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	H	B	MB	H	B	MB	H	B	MB

2 AGENCIA PÚBLICA

Si hace o hizo parte de alguna agencia pública, indique cuál.	Si se le asignaron funciones especiales, indique cuáles.	Describa su cargo brevemente.

3 EXPERIENCIA LABORAL

Actividad Ocupacional:	Escala de Asignación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

4 EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

8 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

9 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

BOLETÍN DE ALERTA

Personal Material

(Leyes 100 de 1993, 489 y 489 de 1998)

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS AL CONTRATO
APERCIBIMIENTO POR FALTA DE HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Firma del Trabajador

Firma y Sello

NUMERO A LLAMAR DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS

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	2026-10-23 23:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARISELA		ESPEJO	RUIZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1085901279

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	RISARALDA	PEREIRA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CARTAGO

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 SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	RISARALDA	LA VIRGINIA

Dirección	["CALLE 13 No. 11-49 Barrio Balsillas"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

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

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	$24.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTO	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CARTAGO	$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JIMMY	ADRIAN	MENDOZA	CASTAÑEDA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 18516232

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

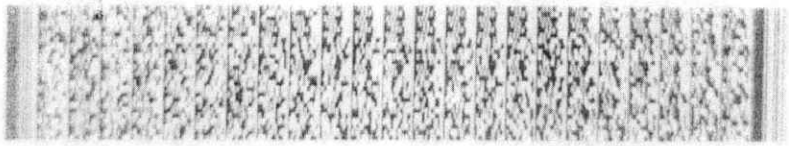
NUMERO 1.085.901.279
ESPEJO RUIZ
APELLIDOS
MARISELA
NOMBRES
Marisela Espejo Ruiz
FIRMA



CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1986
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ENE-2005 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:46:58 AM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1085901279**

Apellidos y Nombres: **ESPEJO RUIZ MARISELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/11/2026 07:48:35 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1085901279** y Nombre: **MARISELA ESPEJO RUIZ.**

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. **150761176** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:58:39 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085901279,** Apellidos y Nombres **ESPEJO RUIZ MARISELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS**, 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. 305749503

PIB
07:52:21

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARISELA ESPEJO RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085901279:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 15:03:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1085901279
Código de Verificación	1085901279261103150351

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 1085901279 **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 28/10/2026 02:16 PM

Código Verificación: **Y15B4W9TGD**

Válida hasta: **28/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

TRIBUNALES
DEONTOLÓGICOS
Y BIOÉTICOS DE
PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **MARISELA ESPEJO RUIZ**, con documento de identificación N° **1085901279**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 28 de octubre de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

0awR1LU/jW544UQLEanO
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

Carrera 19 # 84 -49 Antiguo Country
Bogotá D.C., Colombia
317 685 22 20
auxiliar.tribunales@colpsic.org.co

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 4 Suspensión RUT

4. Número de formulario 141006327493

(415)7707212489984(8020) 000014100632749 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1085901279	4	Impuestos y Aduanas de Tuluá 21	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1085901279

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Nariño 52	Ipiales 35

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESPEJO	RUIZ	MARISELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Valle del Cauca 76	Obando 49

41. Dirección principal: CL 1E 31

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3226190590	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2008 01 02					5132	

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 20																									

20 - Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-04-05 / 12:46:34PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA RUT SUSPENDIDO
DOCUMENTO SIN COSTO

E.S.E. Hospital Santa Mónica

CÓDIGO CERTIFICADO: 7DDC56457FC5E91B66784E3F0D78315F
FECHA DESCARGA: 2026-10-27 02:11:47
USUARIO DESCARGA: USUARIO FORMULARIO EXTERNO
FECHA ACTUALIZACIÓN LAFT: 2026-10-27 02:10:56

CONSECUTIVO: 1242
LATITUD:4.9006
LONGITUD: -75.879
IP: 201.236.255.246

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	MARYSELA ESPEJO RUIZ
* TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)	1085901279
* NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	3226190590
* CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	ESPEJOMARISELA@GMAIL.COM

* FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	2005-01-25

2. DATOS BASICOS

TIPO DE VINCULACION CON LA ESE:
CONTRATISTA

* DIRECCION	CALLE 10B 20-14 TORRE LA VEGA
* TELEFONO	3226190590
* PROFESION	PSICOLOGIA

OBJETO CONTRACTUAL:
PSICÓLOGO

3. INFORMACION FINANCIERA

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

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

4. CONDICION PEPS

ACTUALIZACIÓN

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	TRABAJO

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

ANULACIÓN

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: 1242

* **INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	MARYSELA ESPEJO RUIZ
* **TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* **IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)**	1085901279
* **NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	3226190590
* **CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	ESPEJOMARISELA@GMAIL.COM
* **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO**	2005-01-25

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

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

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, Y HABIENDO LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DEL FORMATO, SE REGISTRA LA PRESENTE FIRMA EN LA FECHA Y HORA INDICADAS 2026-10-27 02:09:46.

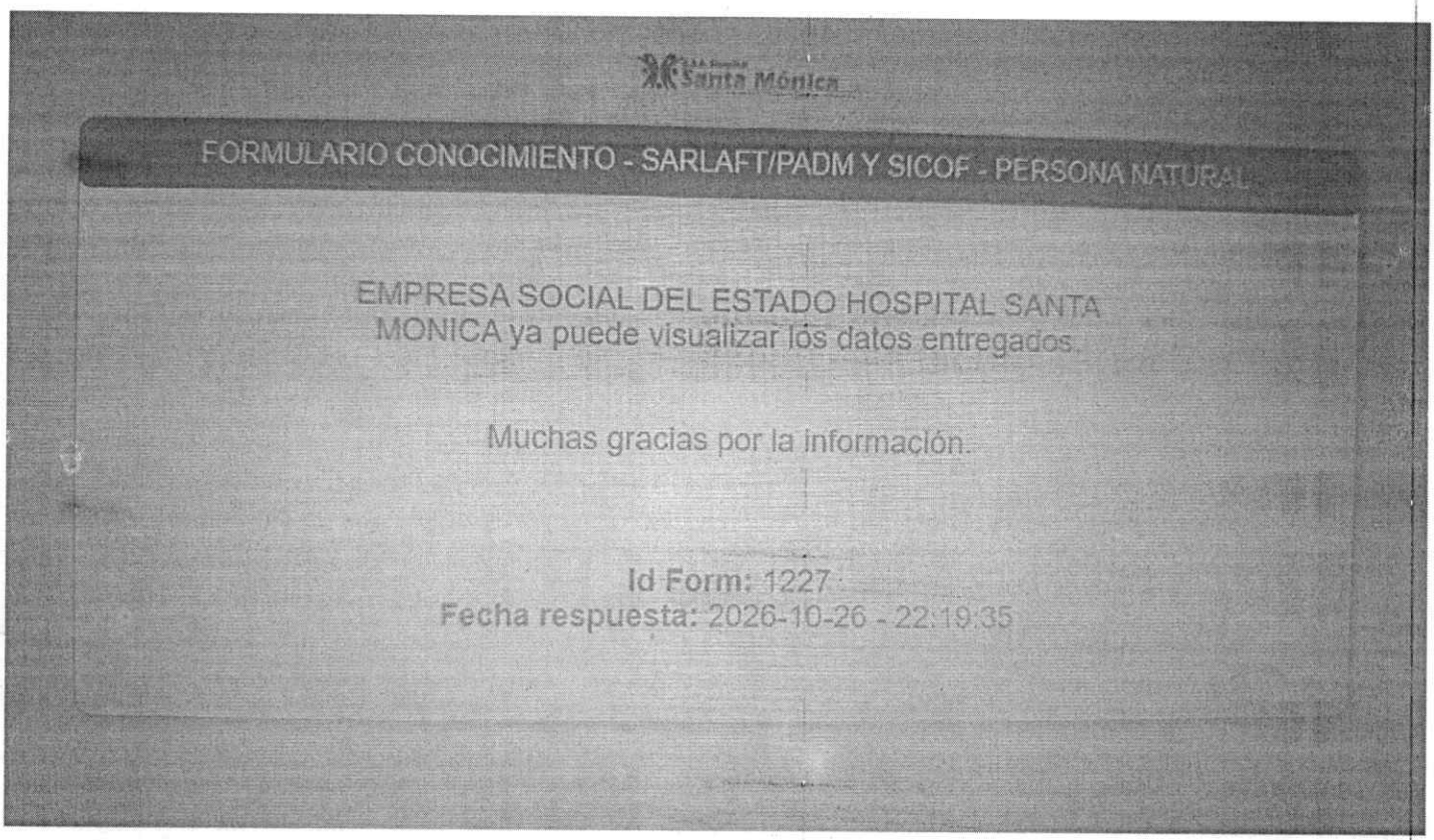
ESTA FIRMA FUE CAPTURADA POR PANTALLA.



FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: MARYSELA ESPEJO RUIZ
IDENTIFICACIÓN: 1085901279
FECHA Y HORA DE FIRMA: 2026-10-27 02:09:46

ACTUALIZACIÓN


Santa Mónica
FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA ya puede visualizar los datos entregados.
Muchas gracias por la información.
Id Form: 1227
Fecha respuesta: 2026-10-26 - 22:19:35

	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, **27 de octubre de 2026**

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 1085901279 - MARYSELA ESPEJO RUIZ** 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 vinculantes, listas restrictivas, listas de seguimiento asociadas a riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM), corrupción, soborno, fraude, opacidad corporativa y otras fuentes de información de interés para la gestión del riesgo y el cumplimiento normativo NO se identificaron coincidencias iguales o superiores al umbral de similitud definido por la plataforma en las fuentes consultadas para procesos de debida diligencia y cumplimiento 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 **27 de octubre de 2026**.

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

icontec ISO 9001
Código Nº. 2818 - 1

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

Entre los suscritos, JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 10129201, actuando en calidad de Gerente de la ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, nombrado por Decreto No. 0437 del 22 de marzo de 2024 y Acta de Posesión No. 109 del 01 de abril de 2024, emanados del Gobernador del Departamento de Risaralda, autorizado para contratar por El Acuerdo No 05 de 2014 expedido por la Junta Directiva de la Entidad, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, y el (la) señor (a) Yonseb Espejo R, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1085901279, 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 27 ( ) días del mes de octubre del año 2026

CONTRATANTE,

JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

CONTRATISTA,

Manuela Espejo Ruiz
C.C. No. 1085901279

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

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

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

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

- Gestión de personal.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS a la dirección de correo electrónico 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

Manuela Espejo Ruiz

C.C. No. 1085901279 de Ipiales

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

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

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

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

TITULAR DE LOS DATOS

Maricela Espejo Ruiz

C.C. No. 1085901279 de Ipiales

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 9031

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 14 de Diciembre de 2024 en la ciudad de Pereira y presidida por el Doctor Yulian Adalberto Sepúlveda Casadiego, Director del CENTRO DOSQUEBRADAS, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGA

REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

MARISELA ESPEJO RUIZ

Identificada con C.C. No. 1085901279 de Ipiales, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA: LA IMAGEN Y LA NARRATIVA COMO HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA. DEPARTAMENTOS DE QUINDÍO Y RISARALDA

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Diciembre de 2024.

Anotado en el libro de actas No. 26
Registro de Diploma 150976, Libro 27, Folio 52

Decana

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: dUMUBWXUT9yBjaFX

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

Resolución No. 294191
(22 de enero de 2025)
Por la cual se expide una Tarjeta Profesional de Psicólogo

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

En uso de la atribución conferida por el Acuerdo No. 56 de 2021 de la Sala Nacional Colegial y

C O N S I D E R A N D O:

Que el artículo 6º de la Ley 1090 de 2006 señala : *"Requisitos para ejercer la profesión de psicólogo. Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos"*.

Qué el artículo 7º numeral 1º de la Ley 1090 de 2006 señala que *"Solo podrán obtener la tarjeta profesional de psicólogo, ejercer la profesión y usar el respectivo título dentro del territorio colombiano, quienes: 1. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo, otorgado por universidades o instituciones universitarias, oficialmente reconocidas"*

Que MARISELA ESPEJO RUIZ, identificada con documento de identidad No. 1085901279 , solicitó a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicóloga.

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por la Facultad/Programa de Psicología de la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD el 17 de diciembre de 2024, la solicitante obtuvo el Título de Psicóloga otorgado por dicha universidad el 14 de diciembre de 2024 según consta en el Acta de Grado No. 9031;.

Que el Programa de Psicología ofrecido por la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD, cuenta con Registro Calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional.

En consideración con lo anterior, el Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos;

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1º. Expedir la Tarjeta Profesional de Psicóloga No 294191 válida en todo territorio nacional, a MARISELA ESPEJO RUIZ, identificada con documento de identidad No. 1085901279.

ARTÍCULO 2º. La presente Resolución rige a partir de la fecha.

ARTÍCULO 3º. Contra la que proceden los recursos de ley al tenor de lo dispuesto en el Artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Bogota. D.C. el 22 de enero de 2025 .

JOSE RAUL JIMENEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo Nacional

4S1LmorYkhRbQ31zJshE
Puede validar este documento en:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

SC-2001331

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 30 de 1992 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

MARISELA ESPEJO RUIZ

C.C. N°. 1085901279 de Ipiales

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

PSICÓLOGA

Dado en Bogotá D.C., el día 14 de Diciembre de 2024

Rector

Vicerrector

Secretaria General

Acta de Grado N° 2031
Fecha 14 de Diciembre de 2024
Registro de Diploma 152976
Libro 27, Folio 52

Registro SNIES 1054

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 9031

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 14 de Diciembre de 2024 en la ciudad de Pereira y presidida por el Doctor Yulian Adalberto Sepúlveda Casadiego, Director del CENTRO DOSQUEBRADAS, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGA

REGISTRO ICFES - M.E.N. 3274

A:

MARISELA ESPEJO RUIZ

Identificada con C.C. No. 1085901279 de Ipiales, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA: LA IMAGEN Y LA NARRATIVA COMO HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL EN ESCENARIOS DE VIOLENCIA. DEPARTAMENTOS DE QUINDÍO Y RISARALDA

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Diciembre de 2024.

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Anotado en el libro de actas No. 26
Registro de Diploma 150976, Libro 27, Folio 52

Decana

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: qUMUBWXUT9yBjaFX

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICOLOGOS

Resolución No. 294191
(22 de enero de 2025)
Por la cual se expide una Tarjeta Profesional de Psicólogo

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

En uso de la atribución conferida por el Acuerdo No. 56 de 2021 de la Sala Nacional Colegial y

C O N S I D E R A N D O:

Que el artículo 6º de la Ley 1090 de 2006 señala : *"Requisitos para ejercer la profesión de psicólogo. Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos".*

Qué el artículo 7º numeral 1º de la Ley 1090 de 2006 señala que *"Solo podrán obtener la tarjeta profesional de psicólogo, ejercer la profesión y usar el respectivo título dentro del territorio colombiano, quienes: 1. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo, otorgado por universidades o instituciones universitarias, oficialmente reconocidas"*

Que MARISELA ESPEJO RUIZ, identificada con documento de identidad No. 1085901279 , solicitó a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicóloga.

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por la Facultad/Programa de Psicología de la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD el 17 de diciembre de 2024, la solicitante obtuvo el Título de Psicóloga otorgado por dicha universidad el 14 de diciembre de 2024 según consta en el Acta de Grado No. 9031;.

Que el Programa de Psicología ofrecido por la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD, cuenta con Registro Calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional.

En consideración con lo anterior, el Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos;

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1º-. Expedir la Tarjeta Profesional de Psicóloga No 294191 válida en todo territorio nacional, a MARISELA ESPEJO RUIZ, identificada con documento de identidad No. 1085901279.

ARTÍCULO 2º:. La presente Resolución rige a partir de la fecha.

ARTÍCULO 3º:. Contra la que proceden los recursos de ley al tenor de lo dispuesto en el Artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C. el 22 de enero de 2025.

JOSE RAUL JIMENEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo Nacional

451LmorYkhRbQ31zJshE
Puede validar este documento en:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

ASOINSALUD	ASOINSALUD Nit:900.524.547	PÁGINA 1 CÓDIGO: TH-FO-47 VERSIÓN: 02
	CERTIFICADO	FECHA: 01/08/2021 T.R.D.

LA ORGANIZACIÓN "ASOINSALUD"

NIT 900.524.547-0

CERTIFICA

QUE

La señora **MARISELA ESPEJO RUIZ** identificada con cédula de ciudadanía No 1.085.901.279 estuvo vinculada a esta entidad en calidad de afiliada participe desde 01 de septiembre 2012 hasta el 30 de junio 2016 desarrollando actividades de apoyo asignada como auxiliar en enfermería en ejecución a los contratos colectivos celebrados por la asociación con el Hospital Local E.S.E del municipio de Obando- Valle, con un acuerdo asociativo, su desempeño fue satisfactorio para nuestra entidad.

Para constancia se firma en Cartago - valle del cauca a los veintitrés (23) días del mes de enero 2023

Atentamente
Asociación Gremial Integración en Salud
"ASOINSALUD"
ORGANIZACION SINDICAL
Nit: 900.524.547-0
JULIAN MAURICIO NAVEROS M
Coordinador Gestión Humana
ASOINSALUD

Powered by CamScanner

TARJETA PROFECIONAL

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia

JOSE RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGA

No. 294191

Fecha de expedición: 22/01/2025

MARISELA ESPEJO RUIZ

Cédula de Ciudadanía
1085901279

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) MARISELA ESPEJO RUIZ , identificado(a) con CC 1085901279 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/04/2026 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1114154200	SHARON DANIELA MENDOZA ESPEJO	VIGENTE
CC	18516232	JIMMY ADRIAN MENDOZA CASTAÑEDA	VIGENTE
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Emp	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/04	30
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/05	30
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/06	7
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/06	23
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/07	30
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/08	30
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/09	30
CC	1085901279	MARISELA ESPEJO RUIZ	NI	900353668	EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES TEMPOEFICAZ S A S	2026/10	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los VEINTICUATRO (24) días del mes de OCTUBRE del año 2026.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A. "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

canales_webusr

CD3 6214723 Oct 24 2026 1:20AM

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARISELA ESPEJO RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.901.279**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 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.

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

CARTAGO,
VALLE DEL
CAUCA,
COLOMBIA,
A quien interese

24/10/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARISELA ESPEJO RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1085901279**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550013900005524**
Fecha de apertura	**25/09/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1	400N20253451002DM3D1H		
	2	UFX18005	Sanofi	
	3	UFX18005	Sanofi	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				

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

Consérvelo

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

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Marisela

Apellidos: Espejo Ruiz

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

Número de documento: 1085901279

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 12 Año 1986

Vacuna

Manuela
Cifuentes Ruiz

1085901279

07 12 1986

IPS Municipal	Deisy Castro	1112760016
IPS Municipal	Deisy Castro	1112760016

Dosis	Fecha	Fabricante y lote	Firma
HA	Fecha 12/12/2019		Yolanda
HA	Fecha 12/12/2019		Yolanda

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General: 2026-10-24 - 1:34:57 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalle
CC	1085901279	MARISELA		ESPEJO	RUIZ	Vigente	Ver

MARISELA ESPEJO RUIZ identificado(a) con CC 1085901279 registra la siguiente información:

2026-10-24 - 1:34:57 AM

Información Académica

en Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportad
Local	PSICOLOGIA	2025-10-01	1260	DEPARTAMENTO DE RIS
Local	Auxiliar en enfermería	2009-09-04	764614	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPART

se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento
ofesion u ocupacion del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se en
n de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y segun la profesion, tarje
Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

APHYSI
CENTRO INTERNACIONAL DE CAPACITACIÒN & ENTRENAMIENTO EMPRESARIAL

NIT .900486392-2

HACE CONSTAR QUE:

MARISELA ESPEJO RUIZ

CC. 1.085.901.279 expedida en Ipiales Nariño

APROBO SATISFACTORIAMENTE LOS MODULOS ESTABLECIDOS PARA EL CURSO DE:

BLS/SVB SOPORTE BASICO DE VIDA

REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO

Para profesionales de la salud con una duración de 48 horas, modalidad virtual, desarrollado con las guias de la AHA 2015-2020, realizado en Cartago Valle del Cauca, Para constancia se firma el día 02 de agosto de 2023

APHYSI
NIt. 900.486.392-2
Calle 2 No. 4-48 - Obando (V.)
Tel. 316-7268536 - 316-7271400

EDUAR ANDRES ARANGO L
PRESIDENTE APHYSI

FECHA EXP: 02/08/2023

FECHA VENC: 02/08/2025

APHYSI
CENTRO INTERNACIONAL DE CAPACITACIÒN & ENTRENAMIENTO EMPRESARIAL

NIT .900486392-2

HACE CONSTAR QUE:

MARISELA ESPEJO RUIZ

CC. 1.085.901.279 EXPEDIDA EN IPIALES NARIÑO

APROBO SATISFACTORIAMENTE LOS MODULOS ESTABLECIDOS PARA EL CURSO DE:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Según Resolución 0459 / 2012

Para profesionales de la salud con una duración de 48 horas, modalidad virtual realizado en Cartago Valle del Cauca

Para constancia se firma el día 29 de octubre 2025

APHYSI
NIt. 900.486.392-2
Calle 2 No. 4-48 - Obando (V.)
Tel. 316-7264536 - 316-7271400

EDUAR ANDRES ARANGO L
PRESIDENTE APHYSI

FECHA EXP: 29/10/2025 **FECHA VENC: 29/10/2027**

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804868049

PÓLIZA No: 580 -89 - 994000006577 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA — COD. AGE: 580 — RAMO: 89 — PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		DIA	MES	AÑO
VIGENCIA DE LA PÓLIZA	29	10	2025	23:59		29	10	2026	23:59	365		30	10	2025
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS		FECHA DE IMPRESIÓN		

FECHA DE EXPEDICIÓN: 30 / 10 / 2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	29	10	2025	23:59		29	10	2026	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MARISELA ESPEJO RUIZ — IDENTIFICACIÓN: CC 1085.901.279

DIRECCIÓN: CL 10 B 20 14 TO LA VEGA — CIUDAD: CARTAGO, VALLE DEL CAUCA — TELÉFONO: 7483647

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: MARISELA ESPEJO RUIZ — IDENTIFICACIÓN: CC 1085.901.279

DIRECCIÓN: CL 10 B 20 14 TO LA VEGA — CIUDAD: CARTAGO, VALLE DEL CAUCA — TELÉFONO: 7483647

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 — DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA — CIUDAD: CARTAGO

DIRECCION: CALLE 10B No. 20-14 TO LA VEGA

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 150,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	150,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	150,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	150,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	150,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	15,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBJETO:

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

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ ***150,000,000.00	$ **********82,425	$****15,000.00	$ *******18,511	$ **********115,936

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
GLORIA YASMIN ALVAREZ ACEVEDO	6407	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580486804

FIRMA TOMADOR

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

EXT.YRODRIGUEZ 0

CBD0207C0709F47E5B

CLIENTE

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

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento
Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES:2599 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000006577** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

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

TEXTO ITEM 1

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

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

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

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

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

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000006577** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC. **1085.901.279**

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

TEXTO ITEM 1

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del pais de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

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

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

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

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

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000006577** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

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

TEXTO ITEM 1

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

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

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demas términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:
Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

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

APHYSI
CENTRO INTERNACIONAL DE CAPACITACIÒN & ENTRENAMIENTO EMPRESARIAL

NIT .900486392-2

HACE CONSTAR QUE:

MARISELA ESPEJO RUIZ

CC. 1.085.901.279 EXPEDIDA EN IPIALES NARIÑO

APROBO SATISFACTORIAMENTE LOS MODULOS ESTABLECIDOS PARA EL CURSO DE:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Según Resolución 0459 / 2012

Para profesionales de la salud con una duración de 48 horas, modalidad virtual realizado en Cartago Valle del Cauca

Para constancia se firma el dia 29 de octubre 2025

APHYSI
NIT. 900.486.392-2
Calle 2 No. 4-45 - Obando (V.)
Tel. 316-7266536 - 316-7271400

EDUAR ANDRES ARANGO L
PRESIDENTE APHYSI

FECHA EXP: 29/10/2025

FECHA VENC: 29/10/2027

Eduard A. Sánchez Z.
Médico Esp. SST .RM. 155307. LPSST 405-18
Celular: 311 624 1747
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 655

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	10 MES	2026 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E HOSPITAL SANTA MÓNICA DOSQUEBRADAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ESPEJO RUIZ MARISELA	FEMENINO	39 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1.085.901.279 (Número)

Cargo: **PSICOLOGA**

EPS	AFP	ARL
SOS	PORVENIR	-

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO**

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES
- CUMPLIR CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA
- REPORTAR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO Y/O ARL

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

Médico

Eduard A. Sánchez Z.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 1553-07 - LPSST 405-18

Firma: _____

Nombre: CC: 18608372 - EDUARD ANIBAL SANCHEZ

R. M.: 1553-07 L.S.O.: LPSST 405-18

Código de Seguridad: N1422T1Z655

Aspirante o Trabajador

Marisela Espejo Ruiz

Firma: _____

Nombre: ESPEJO RUIZ MARISELA

CC: 1.085.901.279

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Marisela Espejo Ruiz

C.C 1.085.901.279

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., 25 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7611540757206

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".

APHYSI
CENTRO INTERNACIONAL DE CAPACITACION & ENTRENAMIENTO EMPRESARIAL

NIT .900486392-2

HACE CONSTAR QUE:

MARISELA ESPEJO RUIZ

CC. 1.085.901.279 EXPEDIDA EN IPIALES NARIÑO

APROBO SATISFACTORIAMENTE LOS MODULOS ESTABLECIDOS PARA EL CURSO DE:

MISION MEDICA

Para profesionales de la salud con una duración de 48 horas, modalidad virtual, realizado en Cartago Valle del Cauca
Para constancia se firma el día 25 de junio de 2026

APHYSI
Nit. 900.486.392-2
Calle 2 No. 4-48 - Obando (V.)
Tel. 318-7268536 - 316-7271400

EDUAR ANDRES ARANGO L
PRESIDENTE APHYSI

FECHA EXP: 25/06/2026

FECHA VENC: 25/06/2028

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Marisela Espejo Ruiz

C.C 1.085.901.279

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 25 de octubre 2026

Código: 7611542035000

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar. COLOMBIA 2026

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar. AMERICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5805100848

PÓLIZA No: 580 -89 - 994000007752 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA** COD. AGE: 580 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO
29	10	2026

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS
29	10	2026	23:59

VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
29	10	2027	23:59	365

FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
29	10	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS
29	10	2026	23:59

VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
29	10	2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

DIRECCIÓN: CL 10 B 20 14 TO LA VEGA CIUDAD: CARTAGO, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 3226190590

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

DIRECCIÓN: CL 10 B 20 14 TO LA VEGA CIUDAD: **CARTAGO, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: 3226190590

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: CARTAGO

DIRECCION: CALLE 10 B #20 - 14

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	200,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	200,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	20,000,000.00	0.00

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

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***200,000,000.00	$ **********109,900	$****15,000.00	$ *******23,731	$ **********148,631

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AVALAR SEGUROS LTDA	9199	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580510084

FIRMA TOMADOR

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

CBD0207D0E0FFC765B

CLIENTE

DIEGPACHON 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: 580 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: **994000007752** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** | IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** | IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

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

TEXTO DE LA POLIZA

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

TOMADOR: MARISELA ESPEJO RUIZ
ASEGURADO: MARISELA ESPEJO RUIZ
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 10 B #20 - 14
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermeria
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermeria

VIGENCIA: 365 dias, a partir del dia 29 del mes de 10 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

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

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

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

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

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007752** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

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

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA | COD. AGENCIA: 580 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: **994000007752** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISELA ESPEJO RUIZ** | IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

ASEGURADO: **MARISELA ESPEJO RUIZ** | IDENTIFICACIÓN: CC **1085.901.279**

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

TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

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

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

CLIENTE