Pradera, NOVIEMBRE de 2026

Doctora
ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente
ESE HOSPITAL SAN ROQUE

Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CÓMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA APOYO EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

Cordial Saludo

Atendiendo la invitación realizada por el despacho a su cargo cordialmente me permito presentar mí propuesta para la contratación de prestación de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD en E.S.E. Hospital San Roque.

El objetivo de la propuesta es apoyar técnicamente la ejecución del proyecto correspondiente. Así mismo, se manifiesta que cumplo con el perfil exigido y con experiencia en actividades similares al objeto de la contratación.

Para desarrollar la gestión el tiempo estimado es el que determine la entidad.

El valor de los honorarios es el que ESE Hospital San Roque de Pradera, tenga asignado para esta clase de contratos de acuerdo al perfil y experiencia del profesional.

De igual forma manifiesto que no estoy incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con ESE Hospital San Roque de Pradera.

Mi servicio implica el cumplimiento del objeto del contrato que se celebrará con la ESE Hospital San Roque de Pradera, bajo los principios de responsabilidad, lealtad, buena fe y ética profesional.

Adjunto hoja de vida y documentos de orden jurídico que se relacionan en la invitación para el estudio y verificación que corresponda.

Atentamente,

Firma: Mª Arnovia Perdomo T

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ
AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

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
PERDOMO	TROCHEZ	MARIA ARNOVIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 29733074	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 08 AÑO 1962	CALLE 2 3 16 Casa Berlin			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	PRADERA		
MUNICIPIO	PRADERA	TELÉFONO	3223527525	EMAIL	mariaarnovia@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2012	

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INTEC	EDUCACIÓN INFORMAL	1800	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2012

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA		
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:		
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: Día 16 Mes 01 Año 2025		FECHA DE RETIRO: Día Mes Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUX EMFERMERIA	DEPENDENCIA: AUX ENFERMERIA		DIRECCIÓN: CALLE 10 30 31		

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA	PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA		
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO: PRADERA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:		
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: Día 05 Mes 04 Año 2021		FECHA DE RETIRO: Día Mes Año		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AREA PROMOCION Y PREVENCION		DIRECCIÓN: CALLE 10 10 30 SAN ROQUE		

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 30 31						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 30 31						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PALMIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE NEFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 31 SAN ROQUE					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	12	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 30 31						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pradera Nov. 2020

Mª Arnovia Perdomo.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

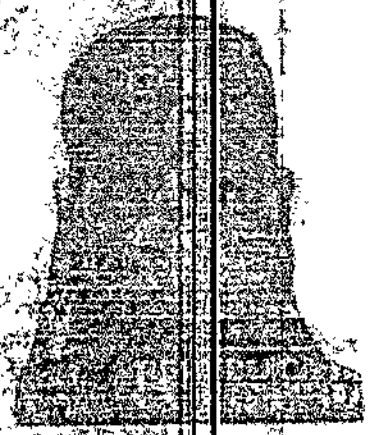
NÚMERO 29.733.074

PERDOMO TROCHEZ

APELLIDOS

MARIA ARNOVIA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1962

PRADERA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-AGO-1981 PRADERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS GALINDO VACHA

A-3100200-00872239-F-0029733074-20161216 0052696314 45112931

INSTITUTO TECNICO EDUCANDO A COLOMBIA
ACTA DE CERTIFICACIÓN CT-1487

En el Municipio de Cali el día 18 de el mes de Agosto de 20 12
se llevó a cabo el acto de Certificación, precedido por el Director Académico, en el cual el
Instituto Tecnico Educando a Colombia, confirió el Certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL: TECNICO LABORAL DE AUXILIAR EN ENFERMERIA

a **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ**

Identificado (a) con D.I. Nº 29.733.074 de Pradera – Valle quien cumplió con los
requisitos académicos, las exigencias establecidas en el Reglamento y las Normas Legales:
y le otorga el certificado Nº 1487 que lo (la) acredita como:tal

El Instituto está autorizado para conferir este Certificado mediante la licencia de funcionamiento N. 4143.2.21.3512 del 12 de mayo de 2009, acuerdo 028 del 23 de febrero de 2009 por el Ministerio de la Proteccion Social, Resolución 41432215788 de 16 de julio de 2009 por la S.E. M y segun personería Juridica 0311 del 18 de septiembre de 1998

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Certificacion , en Cali el 18 de Agosto

de 20 12

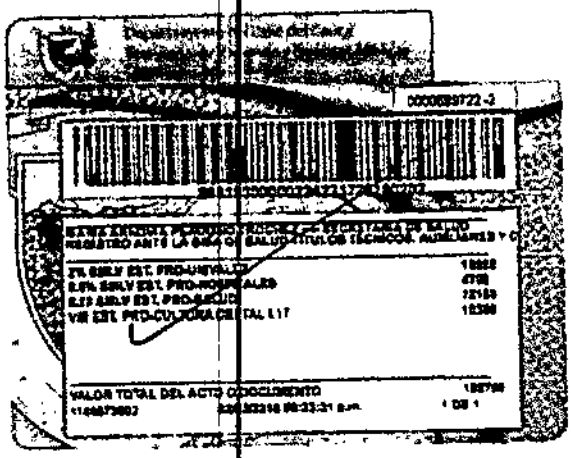
Firmada Por

Luz Aida Elejalde
Representante Legal

Jose Humberto Infante
Director Académico

Es fiel copia tomada del Original, en lo pertinente

Municipio de Cali, 18 de Agosto de 2012



093-61

RESOLUCION No. 760619

FECHA: 2 de Febrero de 2018

Por la cual se concede una autorización para el Ejercicio de una Profesión. La Líder de Programa de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la Resolución No. 357 del 06 de marzo de 2014, y

CONSIDERANDO

Que MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ identificada con Cedula de Ciudadanía No.29733074, ha solicitado autorización para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA según título otorgado por el INSTITUTO TÉCNICO EDUCANDO A COLOMBIA – INTEC CALI, el 18 de Agosto de 2012

En consideración éste despacho.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

DORA LINA BECERRA
Líder de Programa
Subsecretaría Administrativa y Financiera.

Elaboró. Lina Marcela Plaza Ramírez

INSTITUTO TECNICO EDUCANDO A COLOMBIA
ACTA DE CERTIFICACIÓN CT-1487

En el Municipio de Cali el día 18 de el mes de Agosto de 20 12
se llevó a cabo el acto de Certificación, precedido por el Director Académico, en el cual el
Instituto Tecnico Educando a Colombia, confirió el Certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL: TECNICO LABORAL DE AUXILIAR EN ENFERMERIA

a **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ**

Identificado (a) con D.I. Nº 29.733.074 de Pradera – Valle quien cumplió con los
requisitos académicos, las exigencias establecidas en el Reglamento y las Normas Legales:
y le otorga el certificado Nº 1487 que lo (la) acredita como tal

El Instituto está autorizado para conferir este Certificado mediante la licencia de funcionamiento N. 4143.2.21.3512 del 12 de mayo de 2009, acuerdo 028 del 23 de febrero de 2009 por el Ministerio

de la Proteccion Social, Resolución 41432215788 de 16 de julio de 2009 por la S.E. M y segun personería Juridica 0311 del 18 de septiembre de 1998

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Certificacion , en Cali el 18 de Agosto

de 20 12

Firmada Por

Luz Aida Elejalde
Representante Legal

Jose Humberto Infante
Director Académico

Es fiel copia tomada del Original, en lo pertinente

Municipio de Cali, 18 de Agosto de 2012

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera - Valle

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA VALLE

NIT: 891301121

HACE CONSTAR

Que, revisando el archivo de la entidad, y se pueda constatar que la señora **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ** titular de la C.C. 29.733.074 a prestado sus servicios en la Institución bajo las actividades de **"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA APOYO EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA"** en la modalidad de contratistas de prestacion de servicios sin ningun vinculo laboral con la empresa:

2017	225-2017	2017/09/01	2017/11/30
2018	109-2018	2018/02/15	2018/06/30
2019	146-2019	2019/04/01	2019/06/25
2020	057-2020	2020/02/01	2020/06/30
2021	096-2021	2021/01/15	2021/03/31
2021	OPS	2021/04/05	2021/05/31
2021	OPS	2021/06/05	2021/07/31
2021	OPS	2021/08/05	2021/08/31
2021	133-2021-2	2021/10/23	2021/12/15
2022	030-2022	2022/01/21	2022/06/30
2022	263-2022	2022/07/15	2022/09/30
2023	068-2023	2023/01/20	2023/04/30
2023	OTRO SI 068-2023	2023/05/01	2023/06/30
2023	281-2023	2023/07/20	2023/08/31
2023	OTRO SI 281-2023	2023/09/01	2023/09/30
2023	422-2023	2023/10/10	2023/11/30
2023	545-2023	2023/12/21	2023/12/28
2024	079-2024	2024/01/17	2024/03/31
2024	292-2024	2024/04/22	2024/06/30
2024	431-2024	2024/07/22	2024/09/30
2024	679-2024	2024/10/24	2024/10/31
2024	800-2024	2024/12/04	2024/12/31
2025	082-2025	2025/01/16	2025/01/31
2025	196-2025	2025/02/13	2025/02/28 EN EJECUCION

En constancia de lo anterior se firma a los veinticuatro (24) días del mes de febrero de dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera - Valle
GERENCIA

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente - Hospital San Roque

PROYECTO: YEISPER YIBEL BELTRAN PASTOR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:03:18 PM horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **29733074**

Apellidos y Nombres: **PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA**

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.

Direccion: 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.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305878880

PIB
14:05:03

Bogotá DC, 04 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) MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 29733074:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 04 de noviembre de 2026, a las 11:58:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	29733074
Código de Verificación	29733074261104115843

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 MARTINEZ ROMERO

Contralor Delegado

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, 04/11/2026 02:06:22 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **29733074** y Nombre: **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CÚMPLIR.

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. **150911576** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:17:45 horas del 04/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **29733074,** Apellidos y Nombres **PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA**, con NIT **891301121-8** 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

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 29733074 **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 04/11/2026 03:33 PM

Código Verificación: **6K1S5XGB32**

Válida hasta: **04/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación
Bancaria

Miércoles, 30 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ identificado(a) con CC 29733074, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	86452719942	2015-12-22	Activo	****

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-13 13:56

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ARNOVIA	PERDOMO	TROCHEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	29733074

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

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 ROQUE - PRADERA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

Dirección	["CALLE 10 No. 10-30"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 30 31						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 10 30 31						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 10 10 30 SAN ROQUE						

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:

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INTEC	EDUCACIÓN INFORMAL	1800	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2012

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA	X		COLOMBIA	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	Día 16 Mes 01 Año 2025	Día Mes Año

TELÉFONOS	CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
	AUX EMFERMERIA	AUX ENFERMERIA	CALLE 10 30 31

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA	X		COLOMBIA	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
VALLE DEL CAUCA	PRADERA	Día 05 Mes 04 Año 2021	Día Mes Año

TELÉFONOS	CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
	003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA PROMOCION Y PREVENCION	CALLE 10 10 30 SAN ROQUE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141184883782

(415)7707212489984(8020) 000014118488378 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	29733074

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca	7 6	Pradera	5 6 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PERDOMO	TROCHEZ	MARIA	ARNOVIA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca	7 6	Pradera	5 6 3

41. Dirección principal: CL 2 3 16 BRR BERLIN

42. Correo electrónico: mariaarnoviaper@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 3 5	3 2 2 3 5 2 7 5 2 5	3 1 7 8 5 0 2 2 7 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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 renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2025-06-05 / 11:51:55AM

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: PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 04-11-2026 04:02:43PM

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **29.733.074,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ identificado(a) con CC 29733074 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 31/01/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE PRADERA**

Categoría: **B**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes 11 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29733074		PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 3-16	PRADERA-VALLE	2674444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-09	2026-09	652191771	95103322011		2026/10/19	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: PRADERA Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 29733074	PERDOMO MARIA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-14	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29733074		PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 3-16	PRADERA-VALLE	2674444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-09	2026-09	652191771	95109322011	1	2026/10/19	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC		Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700			$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700			$0	$0
Ciudad: PRADERA Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700			$0	$0
1	CC	29733074	PERDOMO MARIA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900			$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0		$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700			$0	$0

2026/09/14 11:34 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29733074		PERDOMO TROCHEZ MARIA ARNOVIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2 # 3-16	PRADERA-VALLE	2674444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-09	2026-09	652191771	95103322201	I	2026/10/19	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	3	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

2026/09/14 11:34 AM

JADIS MORALES JIMENEZ MEDICO LABORAL	CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL GESTION ASISTENCIAL	Codigo: AM01 Version: 003 Emision: Agosto 2017 Pagina: 1 de 1

Certificado de Aptitud laboral de : INGRESO
Fecha de Atencion: SEPTIEMBRE 17 DEL 2024
Nombre del trabajador: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ
Cedula de Ciudadania: 29733074 DE PRADERA VALLE RH: O+
Edad: 62 AÑOS FN: 01/08/1962 EAPB: NUEVA EPS
Empresa: ESE HOSPITAL SAN ROQUE PRADERA
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Diagnosticos:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Conducta / Manejo:
APTO SIN RECOMENDACIONES

Examenes complementarios

Audiometria: NO — SAL: ___ ELI O.D: ___ ELI O.I: ___ LARSEN O.D: ___ LARSEN O.I: ___

Visiometria: SI — Agudeza visual Lejana O.D. 20/20 O.I. 20/20 Agudeza visual cercana O.D. 20/20 O.I. 20/20

Estereopsis: ___ Foras: ___ Cromaticidad: ___

Optometria: NO — 0

Espirometria: NO — 0

Otros: 0
0
0

Restricciones y/o recomendaciones: USO DE EPP , HABITOS SALUDABLES , HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A LAS NORMAS DE LA EMPRESA. AUTO-CUIDADO.
DIETA Y EJERCICIOS.
DEBE LABORAR CON LENTES
CONTROL CON OPTOMETRIA ANUAL

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007)

Dr. Jadis Morales Jimenez
Medico Laboral - U. Libre
Lic. 05395082016

Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

moralesjime1968@gmail.com

M.a Arnovia Perdomo T

Firma y cédula del trabajador

Declaracion del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la información de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sera afiliado

Ver

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Escritorio → **Configuraciones de perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	Sra
Nombre	MARIA ARNOVIA
Apellidos	PERDOMO TROCHEZ
Fecha de Nacimiento	08/01/1962 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	29733074
Dirección	LLC 2 N.° 3-16
Código postal	
Estrato	
Ubicación	Pradera
País	COLOMBIA
Correo electrónico	mariaarnoviaper@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3223527525

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3223527525
SMS para recuperar la contraseña	3223527525

Editar

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
PERDOMO	TROCHEZ	MARIA ARNOVIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 29733074	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 08 AÑO 1962	CALLE 2 3 16 Casa Berlin			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	PRADERA		
MUNICIPIO	PRADERA	TELÉFONO	3223527525	EMAIL	mariaarnovlaper@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2012	

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

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

29733074

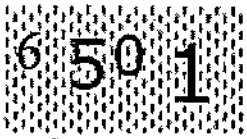
Primer Nombre

maria

Primer Apellido

perdomo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5513

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-11-04→3:59:30 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	29733074	MARIA	ARNOVIA	PERDOMO	TROCHEZ	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ identificado(a) con CC 29733074 registra La siguiente información:

2026-11-04→3:59:30 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018-02-02	760619	DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9b6c87a2-5b42-4e1a-8d95-6a8d6113cd51

Nombres y apellidos / Full name: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Tipo de identificación / ID Type: CEDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 29733074

Fecha de nacimiento / Date of birth: 01/08/1962

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3223527525

Correo electrónico / E-mail: 0000@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of Vaccination (Día / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID SINOVAC	Primera	02	03	2021		A2021010044	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	MARTHA CECILIA DELGADO ROMERO
COVID SINOVAC	Segunda	30	03	2021		E202102010	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	SANDRA JULIETH VALENCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	04	11	2021		V3B851V	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940068	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	MARTHA CECILIA DELGADO ROMERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	28	07	2022	Green Cross	V50222004	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	14	06	2023	BUTANTAN	230046	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
DPT ACELULAR ADULTO	Anual	28	07	2023			PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	YUDY OLAYA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	05	2024		V50524002	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	LUZ MARINA ARCE VARGAS
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO - CC29705358 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	05	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	NAYELY VILLEGAS BECERRA - CC1006351902 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5850071878

PÓLIZA No: 585 -89 - 994000000236 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS VERSALLES COD. AGE: 585 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
06	01	2026	06	01	2026	23:59	06	01	2027	23:59	365	06	01	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
06	01	2026	23:59	06	01	2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074
DIRECCIÓN: CALLE 2 NO. 3 - 16 CIUDAD: PRADERA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 3223527525

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074
DIRECCIÓN: CALLE 2 NO. 3 - 16 CIUDAD: PRADERA, VALLE DEL CAUCA TELÉFONO: 3223527525
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA CIUDAD: PRADERA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

POLIZA NUEVA

PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

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:

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
PROMOTORA VERSALLES LTDA	3830	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 MENU "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

(415)7701861000019(8020)000000000007000585007187

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

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

JIMONTES 0

CBD025780F08FD7658

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: 321 824 04 79 – 323 232 28 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 le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/sdat/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.2509 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: SEAS VERSALLES COD. AGENCIA: 585 RAMO: 69 No PÓLIZA: 994000000236 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

ASEGURADO: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

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.
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.
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.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS VERSALLES COD. AGENCIA: 585 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000000236 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

ASEGURADO: **MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

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

TEXTO ITEM 1

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.
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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS VERSALLES COD. AGENCIA: 585 RAMO: 89 No POLIZA: 994000000236 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

ASEGURADO: MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ IDENTIFICACIÓN: CC 29.733.074

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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.

CLIENTE

CERTIFICADO

La E.S.E Hospital San Roque de Pradera Valle

otorga a:

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

CC 29733074

Por haber asistido al curso de

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El día 09 de agosto del 2024.

Este certificado tiene vigencia de dos (2) a partir de su expedición

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ
GERENTE

GINA PAZ LUCUMI
Tutora

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera-Valle

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 29733074

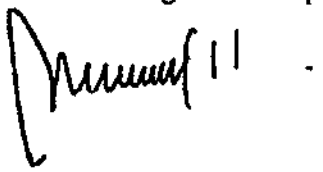
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar medicamentos vía intramuscular de acuerdo con prescripción médica y manual de salud - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101314 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en PALMIRA. A los diecinueve (19) días del mes de Septiembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por



2546368 - 19/09/2025
No Y FECHA REGISTRO

FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Subdirectora (E) CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9544002301013142S1CC25733074C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Con Cédula de Ciudadania No. 29733074

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los diecisiete (17) dias del mes de julio de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

WILSON BASTOS DELGADO
Subdirector (E)
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

105783708 - 17/07/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 92250032117690C29733074C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 29733074

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

WILSON BASTOS DELGADO
Subdirector (E)
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

107816407 - 18/09/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9225003308555CC29733074C.

Igualdad

El Instituto de Educación de la Cruz Roja Colombiana Seccional Valle del Cauca, Licencia de Funcionamiento No. 4143.0.21.3767 del 30 de mayo del año 2013. Expedida por la Secretaría de Educación Distrital de Santiago de Cali

Hace constar que:

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

CC: 29733074

Participó en el programa de formación orientado al fortalecimiento de la prevención de violencias basadas en género y por prejuicio hacia personas LGBTIQ+.

Gestores Comunitarios de Género

Con una duración de 40 horas

Cristina Rivera F

Directora Instituto de Educación
Cruz Roja Valle.

Para constancia de los anterior se firma en Municipio de Pradera, el día 20 de Noviembre de 2025.
Registro Nº 107170

¡LIBRES!

UNIÓN EUROPEA · aecid Colombia · EXPERTISE FRANCE GROUPE AFD · cooperación alemana · giz · Cruz Roja Colombiana Seccional Valle del Cauca · ALCALDÍA DE PRADERA

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 29733074

Quien demostró su Competencia Laboral en la

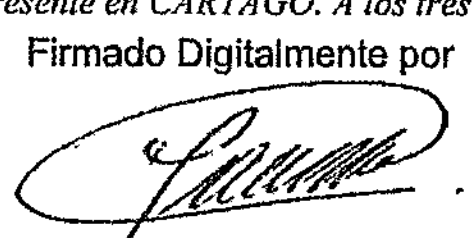
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en CARTAGO. A los tres (3) días del mes de Abril de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



1831710 - 03/04/2024
No Y FECHA REGISTRO

MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
Subdirectora (E) CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES
REGIONAL VALLE

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95430023010125724 2CC29733074C.

Departamento del Valle del Cauca Gobernación

paraíso de todos

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

HACE CONSTAR QUE

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

CC. 29733074

Participó y aprobó satisfactoriamente el

Entrenamiento para la Realización e Interpretación de Pruebas Rápidas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C

Santiago de Cali, 04 de agosto de 2026

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Secretaria Departamental de Salud

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

MARIA ARNOVIA PERDOMO TROCHEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 29733074

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

Tomar muestras biológicas según protocolos y normativa técnica - NIVEL INTERMEDIO

Código: 230101306 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en PALMIRA. A los diecisiete (17) días del mes de Junio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2783672 - 17/06/2026
No Y FECHA REGISTRO

FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Subdirectora (E) CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL
REGIONAL VALLE

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95440023010130626ICC29733074C.