E.S.E.
vidasinú

1210720262061OO
Radicado N° 1210720262061OO
21/07/2026 11:22 Folios. 67

Montería, Córdoba 10 de julio de 2026

Señora
LILIANA YUNEZ LUQUETTA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL VIDA SINU

Referencia. Presentación de propuesta Técnica y Económica Para la conformación y operación de Equipos Básicos de Salud en el municipio de Montería

Cordial saludo.

Respetuosamente, me permito presentar a su consideración la propuesta técnica y económica, hoja de vida con sus respectivos soportes de estudios y experiencia, certificados de antecedentes fiscales, judiciales y disciplinarios, copia de RUT y demás documentos legales para prestar los servicios profesionales como Medico General para PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD MODALIDAD RURAL DE LA ESE VIDASINU CONFORME A LA RESOLUCIÓN 0264 DE 2026 EXPEDIDA POR MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

Así mismo, manifiesto de forma expresa mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos en la invitación enviada por esta entidad; al igual manifiesto no estar incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la ley 80 de 1991, adicionado por la ley 1150 de 2007.

Anexo a la presente, mi propuesta, hoja de vida actualizada Formato Función Pública con sus respectivos soportes, para que pueda evaluarse, la capacidad, la idoneidad y la experiencia para la contratación y demás documentos solicitados.

Cordialmente,

YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA
C.C. No. 34.997.936

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD MODALIDAD RURAL DE LA ESE VIDASINU CONFORME A LA RESOLUCIÓN 0264 DE 2026 EXPEDIDA POR MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

RESPONSABLE

YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA
MEDICO

Montería – Córdoba.
2026

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

INTRODUCCIÓN

La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, así mismo, la Constitución Política de Colombia garantiza a todas las personas, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y establece que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares en los términos y condiciones señalados en la ley.

El artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, define a la Atención Primaria en Salud como "la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios".

Los equipos básicos de salud, se entienden como aquellas estructuras funcionales y organizativas que permiten facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que tendrán entre sus funciones, las definidas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011 y su financiación y constitución será con recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 de la referida ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 0264 de 16 de febrero de 2026 asignó recursos financieros a las Empresas Sociales del Estado para la financiación, conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud bajo las modalidades continuidad urbanos y rurales.

Las Empresas Sociales del Estado conformarán y operarán el Programa de Equipos Básicos de Salud de acuerdo con los lineamientos expedidos por las Direcciones de Promoción y Prevención y de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en atención a los lineamientos establecidos en la Resolución 0264 2026, La E.S.E. VIDA SINU requiere de la contratación de talento humano en salud y en razón a que la entidad no cuenta con personal de Planta suficientes y/o con los conocimientos y experiencia necesarios para ejercer y cumplir con todas las funciones y competencias, se hace necesario contratar la prestación de servicios que apoyen de manera eficiente y eficaz la gestión en el proceso de conformación de equipos básicos de salud conforme lo establecido en Resolución 0264 de 2026

En consideración a ello se hace necesario de la consecución de recursos humanos para la conformación y funcionamiento de los equipos básicos de salud.

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La E.S.E. VIDA SINU, es una entidad de carácter público, que está sujeta a contraer obligaciones bien sea frente a los particulares o frente a las distintas entidades del Estado, a dar trámite a diferentes procesos y atenciones básicas en salud.

El Ministerio de Salud y protección Social expidió las resoluciones No. 0264 de 16 de febrero de 2026 y demás Lineamientos para la conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud.

La conformación y desarrollo de las actividades contempladas en las resoluciones enunciadas se deberán ejecutar conforme los lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud dentro del territorio perteneciente al municipio de Montería.

Con base en el análisis de los insumos de la situación de salud y una vez identificados los territorios y microterritorios, la E.S.E VIDA SINU deberá realizar la planificación y estructuración para la integración de los EBS en los territorios, teniendo como referencia los siguientes perfiles, esenciales para el despliegue del Plan de Cuidado Primario, para lo cual deberá contratar los siguientes perfiles:

- Auxiliar en enfermería
- Profesional en psicología
- Profesional en medicina
- Profesional en enfermería
- Agente o gestor comunitario / promotor de salud
- Profesionales complementarios (odontología – fisioterapia – nutricionista)

En este sentido, de acuerdo a invitación a presentar oferta, A través de acta emitida por la secretaria Local de Salud del Municipio de Montería asignó a la E.S.E. VIDA SINU los Territorios conformados por los microterritorios a intervenir en desarrollo de las condiciones establecidas en resolución No. 0264 de 09 de mayo de 2025 y los lineamientos para el fortalecimiento a la gestión territorial APS emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social.

JUSTIFICACIÓN

La E.S.E. VIDA SINU requiere de persona natural para la prestación de servicios como médico General en el desarrollo de las actividades contempladas en las resoluciones No. 0264 de 16 de febrero de 2026 y demás Lineamientos para el fortalecimiento a la gestión territorial APS emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social.

En atención a los lineamientos establecidos La E.S.E. VIDA SINU requiere de la contratación de profesionales en medicina para el apoyo de manera eficiente y eficaz la gestión en el proceso de conformación de equipos básicos de salud para el desarrollo de las actividades definidas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud conforme lo establecido en Resolución 0264 de 2026.

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

Que, de acuerdo a las condiciones contenidas en la invitación para presentación de ofertas, las estrategias y lineamientos se darán ejecución en el Territorio y microterritorios.

OBJETIVOS

1. Ejecutar las acciones de atención primaria en salud por medicina General correspondientes a la atención integral en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación) de acuerdo a los lineamientos de técnico – operativo de equipos básicos de salud emitidos por Ministerio de Salud y protección Social.
2. Ejecutar las acciones con observancia al modelo Preventivo y Predictivo para el Fortalecimiento de la APS en el nivel primario de atención a la población del territorio asignado.

METAS

De acuerdo a las condiciones establecidas en la invitación a presentar ofertas, En la ejecución de las acciones de correspondientes relacionadas con la estrategia de Atención Primaria en Salud de conformidad a lo establecido en la resolución No. 0264 de 16 de febrero de 2026, art. 16 ley 1438 de 2011, se establecerá las siguientes Metas correspondiente a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme acta emitida por secretaria de Salud Municipal.

METODOLOGIA

- El profesional en medicina General desarrollará su actividad profesional mediante la intervención dentro del proceso de atención en salud contemplados en el plan integral de cuidado primario con orientación individual, familiar y comunitaria en los términos establecidos en los Lineamientos para el fortalecimiento a la gestión territorial APS emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social para la conformación y operación del Programa de Equipos Básicos de Salud.

- El profesional en medicina General que hace parte del Equipo realizará las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud de los individuos y las familias y los resultados en salud que se concerten en los territorios.

  Estas intervenciones serán continuas, territorializadas, sistemáticas y se ejecutarán directamente en los entornos individual, familiar y comunitaria mediante diferentes metodologías de acuerdo con la naturaleza de la intervención seleccionada en el marco de los lineamientos para el fortalecimiento a la gestión territorial APS emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social.

- Dar aplicación a los instrumentos en el proceso Proceso de atención en salud con orientación individual, familiar y comunitaria.

- Ejecutar las metodologías establecidas en loso lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

Las actividades que se ejecutarán durante el desarrollo del objeto contractual serán las siguientes:

1. Realizar las intervenciones del objeto contractual a las familias que conforman el territorio Asignado por el contratante según acta de concertación que hace parte integral del presente contrato, conforme a los lineamientos para la implementación de equipos básicos de salud como parte integral de la garantía del derecho fundamental a la salud en los territorios y el fortalecimiento de la atención primaria en salud emitido por MSPS.
2. Prestar los servicios como Médico General para el desarrollo de las intervenciones dentro del proceso de atención primaria en salud con orientación individual, familiar y comunitaria en los términos establecidos en los Lineamientos para la implementación de equipos básicos de salud Y fortalecimiento de la gestión territorial APS emitidos por el Ministerio de salud y protección Social. Evidencias: Historias Clínicas, Planes de cuidado primario.
3. Realizar las actividades de Valoración integral en salud por momento de curso de vida, detección temprana de alteraciones, protección especifica y educación, Consulta para diagnóstico y tratamiento de condiciones de riesgo, Consulta de orientación familiar, Asesoría y provisión anticonceptiva, Prescripción de micronutrientes y medicamentos, Atención Prenatal, Tamizajes (de riesgo cardiovascular, gestantes tamizaje para VIH, Sífilis y Hepatitis B, cáncer de cuello uterino y demás establecidas en los lineamientos). Evidencias: Historias Clínicas, formularios y planes de cuidado primario.
4. Identificar las personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar su trámite de afiliación. Evidencia. Constancia de Verificación Adres.
5. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. Evidencias Plan de cuidado primario individual, familiar y comunitario, historias clínicas.
6. Apoyar el Profesional en enfermería en la Formulación, seguimiento y análisis del plan de cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. Evidencia. Plan de cuidado primario individual, familiar y comunitario.
7. Registrar, priorizar y monitorear las necesidades intersectoriales detectadas en el marco del PCP.
8. Activar, gestionar y acompañar rutas intersectoriales según necesidad.
9. realizar, activar o gestionar la participación de las familias y comunidades en intervenciones colectivas así: Caracterización social y ambiental, Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales, realización de Tamizajes, Prevención y Control de Vectores, Zonas de Orientación y centros de escucha, Rehabilitación Basada en Comunidad. Evidencias. Formatos de asistencias capacitación, formatos de toma de tamizajes, fotografías, ayudas visuales.
10. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes a los micro territorios asignados. Evidencia. Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario, historias clínicas.
11. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con

las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Evidencia Instrumento de canalización diligenciado.
12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. Evidencia. Instrumento de canalización diligenciado.
13. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. Evidencia. Canalizaciones, remisiones.
14. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. Evidencia Plan de cuidado primario individual, familiar y comunitario, fotografías, listados de asistencia
15. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de la E.S.E y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. Evidencia. evidencia fotográfica. Plan de cuidado primario individual, familiar y comunitario.
16. presentar los informes mensuales y los que le sean requeridos dentro del plazo y condiciones establecidas por el contratante.
17. Presentar y socializar informes mensuales (intervenciones, indicadores de atención y demás) en las mesas de trabajo y seguimiento programadas por el contratante. Evidencias. Actas de seguimiento mesas de trabajo, listado de asistencia.
18. Realizar el pago de aportes al sistema integral de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales), tal como lo dispone el parágrafo 1° artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y la Resolución 2388 de 2016. Lo anterior deberá ser acreditado para cada pago.

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

TIEMPO DE EJECUCION

El tiempo de ejecución de la presente propuesta es de cinco (5) meses contados a partir de la firma del respectivo contrato.

PROPUESTA ECONOMICA

La presente propuesta tiene un valor de **CINCUENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE** ($57.750. 000.oo); los cuales podrán ser pagados por la entidad en periodos mensuales por valor de **ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCEUNTA MIL PESOS M/CTE ($11.550.000,00)** ($11.550. 000.oo).

Atentamente,

YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA
C.C. No. 34.997.936

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

Montería, Córdoba 10 de julio de 2026

Señora
LILIANA YUNEZ LUQUETTA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL VIDA SINU

Asunto: Aceptación de Oferta

Reciba cordial saludo.

Por medio del presente documento me dirijo a usted, con el propósito de presentar ante su despacho propuesta para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD MODALIDAD RURAL DE LA ESE VIDASINU CONFORME A LA RESOLUCIÓN 0264 DE 2026 EXPEDIDA POR MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.

De igual forma, manifiesto que aceptamos los términos y condiciones de la invitación para presentar oferta realizada por la E.S.E. VIDA SINU, conforme a los términos contenidos en la invitación y estudios previos.

Atentamente,

YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA
C.C. No. 34.997.936

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

Montería, Córdoba 10 de julio de 2026

Señora
LILIANA YUNEZ LUQUETTA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL VIDA SINU

Asunto: Manifestación Juramentada de no incursión en inhabilidades o incompatibilidades y Conflicto de Intereses.

Reciba cordial saludo.

Por medio del presente documento me dirijo a usted, con el propósito de manifestarle que el suscrito No me encuentro incurso en Inhabilidades o Incompatibilidades contenidas en la ley 80 de 1993, adicionado por la ley 1150 de 2007.

De igual forma manifiesto que la suscrita no se encuentra incursa en conflicto de intereses de los establecidos en el art. 40 al 44 del código único disciplinario.

Atentamente,

YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA
C.C. No. 34.997.936

Celular: 3015045152
Correo: ycalonge20@gmail.om

El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RESTREPO	**SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)** DE MENDOZA		**NOMBRES** YAMINA ESTELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C C.E PAS **No.** 34997936	**SEXO** F M	**NACIONALIDAD** COL. EXTRANJERO	**PAÍS** Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE	**NÚMERO**		**D.M**
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 09 AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO MONTERÍA	**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** Calle 65 #1a-35 Casa El Recreo PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO MONTERÍA TELÉFONO EMAIL ycalonge20@gmail.com		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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: BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 MES 12 AÑO 1986
									X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLOGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRIA O MAGISTEA), **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	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		MEDICINA	06	1994	23215-06
ES	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA ADMINISTRATIVA DE SALUD	07	2007	
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL	12	2010	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Córdoba	**MUNICIPIO** MONTERÍA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** medicina.vital@hotmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** DÍA 01 MES 01 AÑO 2018		**FECHA DE RETIRO** DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD OCENSA - CONSORCIO MASA VEPICA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Córdoba	**MUNICIPIO** PUEBLO NUEVO		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** herman.junca@stork.com
TELÉFONOS 3125537627	**FECHA DE INGRESO** DÍA 07 MES 05 AÑO 2015		**FECHA DE RETIRO** DÍA 07 MES 05 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Médico Especialista en Salud Ocupacional	**DEPENDENCIA** HSEQ		**DIRECCIÓN** Estación La Granjita - Pueblo Nuevo, Córdoba

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ECOPETROL - CONSORCIO TECNITANQUES - TANKO	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Sucre	**MUNICIPIO** COVEÑAS		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** gretrudisperez@tecnitanques-tanko.com
TELÉFONOS 3105669909	**FECHA DE INGRESO** DÍA 03 MES 05 AÑO 2014		**FECHA DE RETIRO** DÍA 01 MES 03 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL	**DEPENDENCIA** HSEQ		**DIRECCIÓN** PLANTA VIT ECOPETROL, COVEÑAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**

		X	Colombia
DEPARTAMENTO: Córdoba	MUNICIPIO: MONTELÍBANO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: medicina.vital@hotmail.com
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 01 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO: DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: GERENTE IPS MEDICINA VITAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Córdoba	MUNICIPIO: MONTELÍBANO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: utcolombiavital@outlook.es
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 01 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO: DÍA 31 MES 03 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: Médico Especialista en Salud O	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: Hospital I Local de Montelíbano	PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Córdoba	MUNICIPIO: MONTELÍBANO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO: DÍA 01 MES 01 AÑO 2004		FECHA DE RETIRO: DÍA 31 MES 01 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO: MEDICO DIRECTOR Medico Director Centro Médico adscrito a la ESE	DEPENDENCIA: Dirección Salud		DIRECCIÓN: Barrio 27 de Julio

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: CERRO MATOSO S.A. y CONTRATISTAS	PÚBLICA	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: ...ordoba	MUNICIPIO: MONTELÍBANO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS: 7723301	FECHA DE INGRESO: DÍA 14 MES 01 AÑO 1995		FECHA DE RETIRO: DÍA 15 MES 04 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO: Médico General	DEPENDENCIA: Clínica Panamá - Cerro Matoso		DIRECCIÓN: Km. 22 Carretera S.O Montelíbano, Córdoba

4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor publico y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

...TIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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 _____

Esta copia ha sido impresa por el servidor publico y puede contener información no validada.

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com





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	2026-02-17 15:05

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YAMINA	ESTELA	RESTREPO	DE MENDOZA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	34997936

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

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	VIDASINU

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CÓRDOBA	Municipio	MONTERÍA

Dirección	["Calle 22B No 4w-33 B/ el Amparo, Montería - Córdoba"]
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

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 1411943078 29

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 34897935 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería — 12

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 13

26. Número de identificación: 34897935

27. Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 169

29. Departamento: Córdoba — 23

30. Ciudad/Municipio: Montería — 001

31. Primer apellido: RESTREPO

32. Segundo apellido: DE MENDOZA

33. Primer nombre: YAMINA

34. Otros nombres: ESTELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Córdoba — 23

40. Ciudad/Municipio: Montelíbano — 456

41. Dirección principal: CASAFINCA KILOMETRO TRES VIA CERROMATOSO BRR ALTOMIRA

42. Correo electrónico: ycalonge20@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3015046152

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicial actividad	Otras actividades 50. Código 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8621	1994/05/18	4729	2011/09/14			2221	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 22 49 52

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

- No responsable de IVA

49 - Facturador electrónico

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Fecha: 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

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 1.6.1.2.5 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

164. Nombre: APONTE SANABRIA NOEL ALBERTO

165. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 31-07-2025 09:28:32AM

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298776265

PIB
09:39:23

Bogotá DC, 02 de julio 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) YAMINA ESTELA RESTREPO MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34997936:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:28:39 AM horas del 02/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **34997936**

Apellidos y Nombres: **RESTREPO CALONGE YAMINA ESTELA**

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

Todos los derechos reservados.

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, 02/07/2026 10:23:46 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **34997936 YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE.**

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. **143174909** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:22:43 horas del 02/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **34997936,** Apellidos y Nombres **RESTREPO CALONGE YAMINA ESTELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **VIDUSINU**, con NIT **812005726-7** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 jueves 02 de julio de 2026, a las 10:24:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	34997936
Código de Verificación	34997936260702102416

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	34997936	YAMINA	ESTELA	RESTREPO	CALONGE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE identificado(a) con CC 34997936 registra La siguiente información:

2026-07-02 10:28:11 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	**Local**	**Medicina**	**1996-02-09**	**215**	**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualizacion de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaria de Salud, y segun la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	EMISION ORIGINAL	53-03-101008220	0

TOMADOR **YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE** CC **34.997.936**

DIRECCION **CL 57 NRO. 11 - 28** CIUDAD **MONTERIA, CORDOBA** TELEFONO **3015048152**

ASEGURADO **YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE** CC **34.997.936**

DIRECCION **CL 57 NRO. 11 - 28** CIUDAD **MONTERIA, CORDOBA** TELEFONO **3015048152**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
25 / 06 / 2026	22 / 06 / 2026	22 / 06 / 2027	22 / 06 / 2026	22 / 06 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SOC CONSULTORES LTDA	194675	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 30,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 20.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 20.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********115,802.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********22,002.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********137,804.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 28 NO.2 - 17, TELÉFONO 7813230 - MONTERIA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415)7709998021167(8020)11015802220039(3900)000000137804(96)20260806

REFERENCIA PAGO:

1101580222003-9

53-03-101008220

FIRMA AUTORIZADA

MARTHACORREDOR

CLIENTE

TOMADOR

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	EMISION ORIGINAL	53-03-101008220	0

TOMADOR	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE		CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
ASEGURADO	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE		CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
25 / 06 / 2026	22 / 06 / 2026	22 / 06 / 2027	22 / 06 / 2026	22 / 06 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
SOC CONSULTORES LTDA CLIENTE	194675	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********115,802.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********22,002.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********137,804.00

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

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

CALLE 28 NO.2 - 17, TELÉFONO 7813230 - MONTERIA

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

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)110158022203 9(3900)000000137804(96)20260806

REFERENCIA PAGO: 1101580222003-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MONTERIA	EMISION ORIGINAL	53-03-101008220	0

TOMADOR	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE			CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
ASEGURADO	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE			CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR : YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE C.C.34.997.936
ASEGURADO : YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE C.C.34.997.936
BENEFICIARIO : TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO POSEE CONSULTORIO

VIGENCIA: 22/06/2026 AL 22/06/2027

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

NOTA TECNICA: FORMA 29/07/2022 -1329-NT-P-06-RCPS-00-EO-GD-0

PROFESION DE LA SALUD : MEDICINA GENERAL

LIMITE ASEGURADO $100.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIM4ITE UNICO Y COMBINADO DE RESPONSABILIDAD PARA LA VIGENCIA DE LA POLIZA E INCLUIRA LOS GASTOS DE DEFENSA (INCLUYENDO LAS CUOTAS PARA EXPERTOS Y DEMAS GASTOS RELACIONADOS CON LA DEFENSA DE UN ASEGURADO) PARA LA VIGENCIA, Y SE DISMINUYE EN IGUAL PROPORCION AL PAGO DE INDEMNIZACION.

PRIMA ANUAL INCLUIDO IVA: $137.805

EN CASO DE REQUERIR FINANCIACION INMEDIATA, SOLICITE A SU ASESOR LAS MEJORES ALTERNATIVAS QUE LE OFRECE CREDIESTADO - WWW.CREDIESTADO.COM.CO <http://www.crediestado.com.co/>(APLICAN TERMINOS Y CONDICIONES)

COBERTURAS:
1.AMPARO BASICO
1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL:
SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE, DE ACUERDO CON LA LEY, INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD (ACTOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADA) DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE O SUBLIMITES DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

SE PRECISA QUE SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL QUE SURJA A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS (VER SECCION III DEFINICIONES GENERALES), COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA POR EL PROFESIONAL Y/O AUXILIAR DE LA SALUD ASEGURADO, EN EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD DESCRITA EN LA POLIZA.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.
1.2GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

EN ADICION A LO ANTERIOR, LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:
1.2.1LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

1.2.2SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA MONTERIA	EMISION ORIGINAL	53-03-101008220	0

TOMADOR	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE			CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
ASEGURADO	YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE			CC	34.997.936
DIRECCION	CL 57 NRO. 11 - 28	CIUDAD	MONTERIA, CORDOBA	TELEFONO	3015048152
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.3EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

2.EXTENSIONES DE COBERTURA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:
2.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LA QUE INCURRA EL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE.

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

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

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

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

PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, CON UN LIMITE NO INFERIOR A:
$10.000.000

PARAGRAFO: ESTA EXTENSION AL AMPARO BASICO, TENDRA COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO, Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:
COBERTURA SUBLIMITE LOS SUBLIMITES INDICADOS HACEN PARTE DEL LIMITE ASEGURADO Y NO EN ADICION AL MISMO.

AMPARO BASICO : $100.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
$100.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD $100.000.000

GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $20.000.000
VIGENCIA $30.000.000

DEDUCIBLES:
GASTOS DE DEFENSA : 10%
DEMAS AMPAROS :10% MINIMO 1 SMMLV

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

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

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:12 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/08

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Código de la UPGD *
Departamento | Municipio | Código | Sub- índice

Razón social de la unidad primaria generadora del dato *

1.2 Nombre del evento *

Código del evento

1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) *

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento *
O RC O TI ⊗ CC O CE O PA O MS O AS O PE O CN O CD O SC O DE O PT

2.2 Número de identificación *
15661012

RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO | SC : SALVOCONDUCTO | DE : DOCUMENTO EXTRANJERO | PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

2.3 Nombres y apellidos del paciente *
Rodrigo Manuel Martínez Carmona

2.4 Teléfono *
3127278571

2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
19 / 10 / 1950

2.6 Edad *
74

2.7 Unidad de medida de la edad *
⊗ 1. Años O 3. Días O 5. Minutos
O 2. Meses O 4. Horas O 0. No aplica

2.8 Nacionalidad *
Código

2.9 Sexo *
⊗ M. Hombre O I. Indeterminado
O F. Mujer

2.10 Identidad de género
O 1. Hombre O 3. Hombre trans O 5. Otra
O 2. Mujer O 4. Mujer trans Cuál otra? _____

2.11 Orientación sexual
O 1. Heterosexual O 3. Bisexual Cuál otra? _____
O 2. Gay/Lesbiana O 4. Otra

2.12 País de procedencia/ocurrencia del caso *
País

2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia del caso *
Departamento | Municipio

2.14 Área de procedencia/ocurrencia del caso *
O 1. Cabecera municipal O 3. Rural disperso
O 2. Centro poblado

2.15 Localidad de procedencia/ocurrencia del caso

2.16 Barrio de procedencia/ocurrencia del caso
Código

2.17 Centro poblado procedencia/ocurrencia del caso

2.18 Vereda/zona procedencia/ocurrencia
Código

2.19 Ocupación del paciente *
Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior
Código

2.20 Tipo de régimen en salud *
O P. Excepción O C. Contributivo O N. No Asegurado
O E. Especial ⊗ S. Subsidiado O I. Indeterminado/ pendiente

2.21 Nombre de la administradora de Planes de beneficios *
Código

2.22 Pertenencia étnica * O 1. Indígena Grupo étnico _____ O 2. Rom, Gitano O 3. Raizal O 4. Palenquero O 5. Negro, mulato afro colombiano O 6. Otro

2.23 Estrato

2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente *
❑ Personas en condición de discapacidad ❑ Migrantes ❑ Gestantes ❑ Población infantil a cargo del ICBF ❑ Desmovilizados ❑ Víctimas de violencia armada
❑ Desplazados ❑ Personas privadas de la libertad ❑ Habitantes de la calle ❑ Madres comunitarias ❑ Centros psiquiátricos ❑ Otros grupos poblacionales

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente
O 1. Notificación rutinaria O 4. Búsqueda activa com.
O 2. Búsqueda activa inst. O 5. Investigaciones
O 3. Vigilancia Intensificada

3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente *
País | Departamento | Municipio

3.3 Dirección de residencia *

3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)

3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

3.6 Clasificación inicial de caso *
O 1. Sospechoso O 3. Conf. por laboratorio
O 2. Probable O 4. Conf. Clínica
O 5. Conf. nexo epidemiológico

3.7 Hospitalizado *
O SI O No

3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)

3.9 Condición final *
O 1. Vivo
O 2. Muerto
O 9. No sabe, no responde

3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)

3.11 Número certificado de defunción

3.12 Causa básica de muerte

3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha *

3.14 Teléfono del profesional *

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
O 0. No aplica O 4. Conf. Clínica O 6. Descartado O D. Descartado por error de digitación
O 3. Conf. por laboratorio O 5. Conf. nexo epidemiológico O 7. Otra actualización

4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Salud · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 875. Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
Rodrigo Manuel Martínez Carmona	C.C	15661012

Al sistema nacional de vigilancia en salud pública Sivigila, se notifican casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar, no es competencia del sector salud la confirmación de los casos.

5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA (Notifique el tipo de violencia que cause mayor afectación la victima)

5.1 Violencia no sexual

- O 1. Física
- Psicológica
- 3. Negligencia y abandono

5.2. Violencia sexual

- O 5. Acoso sexual
- O 6. Acceso carnal
- O 7. Explotación sexual
- O 10. Trata de personas
- O 12. Actos sexuales
- O 14. Otras violencias sexuales
- O 15. Mutilación genital

6. DATOS DE LA VÍCTIMA

6.1 Actividad

- O 13. Líderes(as) cívicos
- O 24. Estudiante
- O 26. Otro
- O 28. Trabajador (a) doméstico (a)
- O 29. Persona en situación de prostitución
- O 30. Campesino/a
- O 31. Persona dedicada al cuidado del hogar
- O 32. Persona que cuida a otras
- O 33. Ninguna

6.2 Orientación sexual

- O 1. Homosexual
- O 2. Bisexual
- Ø 5. Heterosexual
- O 6. Asexual

6.2.1 Identidad de género

- Ø 1. Masculino
- O 2. Femenino
- O 3. Transgénero

6.3 Persona consumidora de SPA	O 1. SI	O 2. No
6.4 Persona con jefatura de hogar	O 1. SI	O 2. No
6.5 Antecedente de violencia	O 1. SI	O 2. No
6.6 Alcohol víctima	O 1. SI	O 2. No

7. DATOS DEL AGRESOR

7.1 Sexo

- O M. Masculino
- O F. Femenino
- O I. Intersexual
- O Sin Dato *(Deje el campo en blanco)*

7.2 Parentesco con la víctima

- O 9. Padre
- O 10. Madre
- O 22. Pareja
- O 23. Ex-Pareja
- O 24. Familiar
- O 25. Ninguno

7.3 Convive con el agresor (a)

- O 1. SI
- O 2. No

7.4 Agresor no familiar

- O 1. Profesor (a)
- O 2. Amigo (a)
- O 3. Compañero (a) de trabajo
- O 4. Compañero (a) de estudio
- O 6. Desconocido (a)
- O 7. Vecino (a)
- O 8. Conocido (a) sin ningún trato
- O 9. Sin información
- O 10. Otro
- O 11. Jefe
- O 12 Sacerdote / pastor
- O 13. Servidor (a) público

Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? O 1. SI O 2. No

8. DATOS DEL HECHO

8.1 Mecanismo utilizado para la agresión

- O 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación
- O 2. Caídas
- O 3. Contundente / cortocondundente
- O 4. Cortante / cortopunzante / Punzante
- O 11. Proyectil arma fuego
- O 12. Quemadura por fuego o llama
- O 13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas
- O 14. Quemadura con líquido hirviente
- Ø 15. Otros mecanismos
- O 16. Sustancias de uso doméstico que causan irritación

8.2 Sitio Anatómico comprometido con la quemadura

- O Cara
- O Cuello
- O Mano
- O Pies
- O Pliegues
- O Genitales
- O Tronco
- O Miembro superior
- O Miembro inferior

8.3 Grado

- O 1. Primer grado
- O 2 Segundo grado
- O 3. Tercer grado

8.4 Extensión

- O 1. Menor o igual al 5%
- O 2. Del 6% al 14%
- O 3. Mayor o igual al 15%

8.5 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

8.6 Escenario

- O 1. Vía pública
- O 2. Vivienda
- O 3. Establecimiento educativo
- O 4. Lugar de trabajo
- O 7. Otro
- O 8. Comercio y áreas de servicios (Tienda, centro comercial, etc)
- O 9. Otros espacios abiertos (bosques, potreros, etc)
- O 10. Lugares de expendio/consumo con expendio de alcohol
- O 11. Institución de salud
- O 12. Área deportiva y recreativa

8.7. Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia

- O 1. Escolar
- O 2. Laboral
- O 3. Institucional
- O 4. Virtual
- O 5. Comunitario
- O 6. Hogar
- O 7. Otros ámbitos

9. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Profilaxis VIH.	Profilaxis Hep B.	Otras profilaxis	Anticoncepción de emergencia	Orientación IVE	Salud Mental	Remisión a protección	Informe a autoridades / denuncia a policía judicial (URI, CTI), fiscalía , policía nacional	Recolección de evidencia médico legal
O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI	O 1. SI
O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No	O 2. No

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN
DATOS BÁSICOS

Definición
La ficha de notificación de Datos Básicos es un instrumento que permite obtener información **prioritaria de las variables de tiempo, lugar y persona** para la notificación de los diferentes eventos de interés en salud pública, con el fin de diferenciar claramente las características propias de las poblaciones que se ven asociadas a los eventos notificados (variables inversales), los lugares y momentos específicos en los que se presentan.

Consideraciones generales
Para el diligenciamiento de la ficha de datos básicos, se requiere tener en cuenta los aspectos que se numerarán a continuación, con **el fin que la información allí consignada cumpla con los criterios de calidad y veracidad del dato**
1. Diligencia con letra imprenta, clara y legible: recuerde que la ficha de notificación es un **DOCUMENTO MÉDICO LEGAL**, por lo tanto es necesario **que evite enmendaduras o tachones** durante su diligenciamiento.
2. Utilice preferiblemente esfero de tinta negra para el diligenciamiento de la ficha de notificación.
3. Las variables que son obligatorias (identificadas por el asterisco que las acompaña) deben venir diligenciadas en la ficha.
4. Tenga en cuenta que dependiendo la variable puede o no tener múltiples opciones de respuesta. Por lo anterior, las variables cuyas categorías están designadas con un (circulo) significa que esa variable tiene una **UNICA** opción de respuesta. Por el contrario las variables que están señaladas con un (cuadrado), significa que tiene **MULTIPLES** opciones de respuesta.
5. Escriba una letra o número por casilla.
6. Verifique que los variables **Código de evento** y nombre del evento, coincidan.
7. Verifique que las variables **código de UPGD**, número de identificación, tipo de documento y código del evento, estén diligenciadas correctamente, con el fin de **evitar contratiempos** en la notificación.
8. Recuerde que cuando el evento requiere datos complementarios es necesario diligenciar también la ficha de datos específicos "Ceve III", la cual encontrará en la página web **del INS**, con el nombre del evento.
Excepciones: en el evento Muerte perinatal y neonatal tardía, los datos básicos corresponden a los datos de la madre.

1. INFORMACIÓN GENERAL			
VARIABLE	**CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN**	**CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN**	**OBLIG**
1.1 [illegible] de UPGD	Diligencie el código de **habilitación del prestador**. Tenga en cuenta: **Departamento:** se relaciona con el código del departamento al que **pertenece la institución** (código DIVIPOLA del DANE) y corresponde a los dos primeros dígitos. **Municipio:** los tres dígitos sumados a los anteriores identifican **el municipio** donde se encuentra ubicada la institución y corresponden al código DIVIPOLA del DANE. **Código:** el primer dígito de este grupo corresponde al número asignado cuando la institución se encuentra en el registro de habilitación de prestadores de salud (REPS). Tenga en cuenta que si la UPGD pertenece a la Policía Nacional el dígito debe ser 7, si pertenece a fuerzas militares debe ser 8. Si son unidades informadoras que no tienen código de habilitación debe ser 9 incluidas las Unidades Especiales del ICBF y los Centros de Recuperación Nutricional. Los cuatro dígitos siguientes son asignados por el departamento-municipio cuando son unidades informadoras, de lo contrario son asignados por el REPS. Para las Unidades Especiales del ICBF utilice como complemento los 4 dígitos 0000 y los Centros de recuperación nutricional utilice como complemento los 4 **dígitos** 0000 **Sub-índice:** identifica el número de sede al que pertenece la institución cuando la UPGD tiene más de una (la sede principal siempre es 01). Cuando terminan en 80, se relacionan con UPGD que pertenecen al ejército nacional; 81. a la Armada; 82. a la fuerza aérea; 83. hospital militar; 86 EAPB, 99. identifican los establecimientos penitenciarios y carcelarios; 76, identifican a las Unidades Especiales del ICBE y 86. a los Centros de Recuperación Nutricional.	Registre el código de habilitación por **el** módulo de caracterización de UPGD antes de iniciar la notificación. Recuerde clasificar la UPGD como **Activa = Si**, en el módulo de caracterización de UPGD.	SI
1.2 Nombre del evento	Nombre del evento y código de acuerdo al listado de clasificación establecido por el Instituto Nacional de Salud.	* Tener en cuenta que el nombre y el código del evento deben coincidir para evitar confusiones durante la sistematización.	SI
1.3 Fecha de notificación	Fecha en la que se está informando el evento al siguiente nivel por cualquier mecanismo, en especial para los eventos de notificación inmediata. Formato día-mes-año	* La fecha de notificación debe ser mayor o igual a la fecha de inicio de síntomas y a la fecha de consulta.	SI
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento	Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable. Tenga en cuenta que si el paciente es menor de edad y no tiene identificación deberá ingresarlo como "MS" y el número de identificación deberá seguir las indicaciones del apartado 2.2. En caso que el paciente sea mayor de edad y no tiene identificación deberá ingresarlo como "AS" y el número de identificación deberá seguir las indicaciones del apartado 2.2.	* El tipo de documento debe ser **concordante** con la edad del paciente.	SI
2.2 Número de identificación	El estándar de longitud de caracteres del número de identificación acorde al tipo de identificación, se define en el "Diccionario de elemento de datos del estándar" **lenguaje común** de intercambio de información (MinTIC), de la siguiente manera: RC: entre 8 ó 10 ó 11 dígitos TI: 10 y 11 dígitos CC: entre 8 y 17 dígitos CE: menor a 11 dígitos PA: menor a 19 dígitos MS: para este último ingrese el documento de la madre con el consecutivo respectivo al número de nacimiento. AS: para mayores de 18 años utilice el código del Departamento + código de Municipio y el consecutivo definido por el Entidad Territorial o UPGD. Tenga en cuenta que en el módulo de captura en línea el sistema asignará un número cuando seleccione este tipo de documento. PE: menor a 18 dígitos CN: menor de 20 dígitos CD: 14 dígitos SC: 12 dígitos DE: 19 dígitos PT: 19 dígitos En adopción de la Circular Externa 000029 del 16 de agosto de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye validación para la identificación de extranjeros de acuerdo al estándar internacional ISO 3166-1 para los siguientes tipo de documento: en CE , PA, AS, MS, CD, SC, DE y PT de esta manera se aumenta la longitud de captura en 3 dígitos más para cada uno.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
2.3 Nombres y apellidos del paciente	Corresponde a los nombres y apellidos del paciente tomado el documento de identificación.	* El primer nombre y primer apellido son obligatorios para el sistema, de lo contrario no le permitirá continuar con la sistematización de la información.	SI
2.4 Teléfono	Corresponde al número telefónico (fijo o celular) donde puede ubicarse al paciente. En necesario anteponer el número indicativo del departamento o ciudad, ejemplo, para marcar a Bogotá, (1) 2308182. Tenga en cuenta que el diligenciamiento correcto de esta variable permitirá contactar al paciente en caso de ser requerido.	* Si no es posible obtener el número telefónico, diligencie esta variable "SIN INFORMACIÓN". De lo contrario se tomará arbitrariamente durante la sistematización de la ficha.	SI
2.5 Fecha de nacimiento	Para el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía los datos en la ficha de datos básicos corresponden a los de la mama. Formato día-mes-año.	El ingreso de la fecha de nacimiento permitirá el cálculo de la semana epidemiológica para Sífilis congénita y Síndrome de Rubeola congénita.	NO
2.6 Edad	Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento.	El sistema calcula la edad si se tiene la fecha de nacimiento.	SI
2.7 Unidad de medida de la edad	Cantidad estandarizada en la que se mide el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	* En los casos donde el tipo de identificación sea CC, TI o CE se toma la unidad de medida 1. * Tenga en cuenta que la variable debe coincidir con el tipo de identificación del paciente, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información. La unidad de medida "no aplica" solo puede ser utilizada para el evento 215 defectos congénitos, cuando el diagnóstico se realiza prenatal	SI
2.8 Nacionalidad	Corresponde al estado o nación que pertenece una persona según su documento de identificación.	Seleccione el país correspondiente a la nacionalidad según la lista establecida.	SI

2.9 Sexo	Se relaciona con el sexo biológico del paciente relacionado con la notificación. M = Hombre F = Mujer I = Indeterminado Los eventos Mortalidad Perinatal y Bajo Peso al Nacer capturan datos de la madre. El sexo Indeterminado aplica únicamente para Defectos Congénitos.	* Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con el nombre del paciente.	SI
2.10 Identidad de género	Las siguientes definiciones fueron tomadas de la "Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional" del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Identidad de género: hace referencia a la vivencia individual y personal del género. Es independiente del sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que puede o no involucrar modificaciones corporales escogidas libremente, incluye también otras expresiones de género, tales como la forma de vestir, el modo de hablar y la apariencia personal. Seleccione **la** una de las siguientes categorías: 1. Hombre 2. Mujer 3. Hombre trans: el término trans engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa. Para esta categoría puede entenderse como persona de sexo mujer asignado al nacer que ha hecho la transición a hombre 4. Mujer trans: el término trans engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa. Para esta categoría puede entenderse como persona de sexo hombre asignado al nacer que ha hecho la transición a mujer 5. Otra: categoría que permite diligenciar otras identidades de genero que no se encuentran listadas Si selecciona la opción "Otra" diligencie en el campo ¿Cuál otra? la identidad de género que no corresponde a las categorías predefinidas	* Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con otras variables.	NO
2.11 Orientación sexual	Las siguientes definiciones fueron tomadas de la "Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional" del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE. Orientación sexual: se trata de la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Por lo tanto, se habla de mujeres lesbianas, de hombres gay y de personas heterosexuales, homosexuales, bisexuales o asexuales. Seleccione las una de las siguientes categorías: 1. Heterosexual: hace referencia a las personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas del sexo opuesto 2. Gay/Lesbiana: hace referencia a personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas del mismo sexo. Popularmente se emplean los términos gay para el hombre y lesbiana para la mujer 3. Bisexual: hace referencia a personas que se sienten atraídas afectiva y eróticamente hacia personas de varios sexos 4. Otra: categoría que permite diligenciar otras orientaciones sexuales que no se encuentran listadas Si selecciona la opción "Otra" diligencie en el campo ¿Cuál otra? la orientación sexual que no corresponde a las categorías predefinidas	* Tener en cuenta que al sistematizar la información se digita la variable TAL CUAL aparece en la ficha de notificación, debido a que no existe una regla de validación que permita validarla con otras variables.	NO
2.12 País de ocurrencia del caso	Indaga al caso o familiar del mismo, respecto al país donde ocurrió la exposición al evento de interés en salud pública a notificar. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	* Tener en cuenta el diligenciamiento correcto de esta variable en la ficha, debido a que su ausencia se tomaría por defecto en el sistema como "país donde ocurre el caso : Colombia"	SI
2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	Ingrese el nombre del departamento y municipio de donde proviene/ocurre el caso. Tenga en cuenta que la ocurrencia o procedencia corresponde al lugar geográfico donde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que ocasionó el evento. En los eventos transmisibles se deberán considerar los tiempos de incubación de la enfermedad.	Revisar que el Municipio coincida con el Departamento. Recuerde que pueden haber coincidencias en el nombre del Municipio en diferentes Departamentos.	SI
2.14 Área de ocurrencia del caso	1. Cabecera Municipal: es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdo del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio. 2. Centro Poblado: Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas vecinas o adyacentes entre sí, ubicado en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. 3. Rural Disperso: es el área que se caracteriza por la dispersión dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás. *Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10*	* Variable de cruce seleccionar, No se puede ingresar al sistema más de una categoría.	SI
2.15 Localidad de ocurrencia	Ingrese el nombre de la localidad donde ocurrió el caso. Tenga en cuenta que esta variable aplica para las ciudades como Bogotá o las municipios como Medellín entre otras, los cuales están zonificados internamente según el departamento de planeación municipal. *Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10*	* Dependiendo de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal"	SI
2.16 Barrio de ocurrencia del caso	Ingrese el nombre del barrio donde ocurrió el caso. *Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10*	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "cabecera municipal". La codificación depende de la tabla de barrios definidos por la entidad territorial.	SI
2.17 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	Nombre del área de ocurrencia del caso seleccionado en la variable 2.11 *Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10*	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11	SI
2 [illegible] VEREDA	Ingrese el nombre de la vereda o zona donde ocurrió el caso. *Nota: tenga en cuenta los criterios para definir la ocurrencia de un evento descritos en el numeral 2.10*	* Depende de la categoría seleccionada en la variable 2.11 "rural disperso"	SI
2.18 Ocupación del paciente	Describa claramente la ocupación principal del paciente (en el caso que aplique).	* La codificación de la ocupación está a partir de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO 88)	SI
2.20 Tipo de régimen en salud	Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud en el que se encuentra el caso que está siendo notificado o su sospecha. Variable de única respuesta. P= Excepción: régimen de seguridad social de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas C= Contributivo: sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud. E= Especial: regímenes de seguridad social de los afiliados a la Policía Nacional, Fuerzas Militares, Armada, Fuerza Aérea. S= Subsidiado: El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. N= No asegurado I= Indeterminado/ pendiente: esta opción debe ser utilizada exclusivamente para acute por las EAPB, cuando el caso no corresponde a esta y requiere verificación en el nivel nacional	* Para la estandarización de la información, se tiene una sola categoría de respuesta.	SI
2.21 Nombre de la administradora de salud	Ingrese el nombre de la Empresa Aseguradora de Planes de Beneficios a la que se encuentra afiliado el paciente. Recuerde que se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada, sin embargo, para la estadística de vigilancia en salud pública nacional prima la EAPB primaria (Plan Obligatorio de Salud), por la cual deberá almacenar esta en el campo.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta el nombre de la administradora que debe coincidir con la categoría seleccionada en la variable 2.18	SI

2.22 Pertenencia étnica	"La pertenencia étnica se define como patrimonio cultural compartido por un grupo de personas", las definiciones para cada uno de los grupos étnicos son": Indígena: persona de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios. El diligenciamiento aquí debería elegir el grupo étnico al que pertenece. Rom, Gitano: Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia; se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanés. Raizal: Población ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos sociocultural y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana. Palenquero: Población habitada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar, donde se habla el palenquero, lengua criolla. Negro o afrocolombiano: persona de ascendencia afrocolombiana que posee una cultura propia, y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado. Tenga en cuenta que esta variable de diligencia con base a lo que el paciente manifieste, ante no a la percepción de quien está diligenciando la ficha.	* Para la sistematización de la información se tiene en cuenta la categoría única diligenciada en la variable. Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.23 Estrato	Estrato socio-económico donde esta ubicada la vivienda del paciente, entre son: 1. Bajo-bajo, 2. Bajo, 3. Medio-bajo, 4. Medio, 5. Medio-alto o 6. Alto	Variable con categoría única de respuesta.	SI
2.24 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente	La variable tiene múltiples opciones de respuesta que se pueden diligenciar dependiendo de lo referido por el paciente o de lo observado por quien está diligenciando la Ficha de notificación, a continuación se definen algunas poblaciones relevantes para tener mayor claridad: Migrante: persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM). Desmovilizado: Aquel que por decisión individual abandona voluntariamente las actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, ante su grupos guerrilleros y de autodefensas y se somete a las autoridades de la República (Decreto 128 de 2003). Desplazados: Personas o grupos de personas que han sido forzados u obligados a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1983/23). Si no pertenece a algún grupo poblacional, es sugiere señalar la opción "otros grupos poblacionales".	* Para la sistematización de la información se hace necesario marcar la/s categorías de respuesta necesarias según corresponda. Si no pertenece a algún grupo se toma como "otros grupos poblacionales"	SI
3. NOTIFICACIÓN			
... Fuente	Corresponde a la fuente de la notificación la cual influye en el análisis de datos y en las acciones de vigilancia y control, las posibles fuentes son: 1. notificación rutinaria, 2. Búsqueda Activa Institucional (en registros administrativos), 3. Vigilancia intensificada, 4. Búsqueda Activa Comunitaria y 5. Investigaciones		
3.2 Pais, departamento y municipio de residencia del paciente	Nombre del departamento y municipio donde reside el paciente al momento de la notificación. *Nota: Para definir residencia asignemos el concepto de la Ley 1707 de 2012 que establece que una persona es residente de algún lugar geográfico si "permanece continua o discontinuamente en el país por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario incluyendo días de entrada y salida.*		SI
3.3 Dirección de residencia	Dirección donde se encuentra ubicada la residencia del paciente al momento de la notificación acorde a los parámetros establecidos en el numeral 2.2		SI
3.4 Fecha de consulta	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que cursaba el paciente por el evento notificado.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de consulta NO puede ser mayor a la fecha de notificación, Si esto sucede se tomará como error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación.	SI
3.5 Fecha de inicio de síntomas	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha del primer día en que el paciente inició síntomas del evento acorde a la definición de caso.	* Para sistematizar la información tenga en cuenta que la fecha de inicio de síntomas NO debe ser superior a la fecha de consulta y a la fecha de notificación, Si esto sucede se tomará como un error en el sistema y no se podrá continuar con la digitación de la ficha de notificación.	SI
3.6 Clasificación inicial del caso	En la notificación inicial, seleccione únicamente una categoría de la variable. Cada evento tiene una clasificación de caso específica, la cual se acorde a lo descrito en el protocolo. Es importante que aquellos eventos que ingresan probables y sospechosos, sean ingresados con esa clasificación ya que se entenderá que son detectados de forma oportuna, de lo contrario, es decir, si ingresan confirmados, corresponderán a una falla en la pronta identificación del evento.	*Para la sistematización, los valores permitidos en esta variable dependen del evento que se va a notificar.	SI
3.7 Hospitalizado	Marque con una X la opción según corresponda. Hospitalización debida al evento que se está notificando.	* Ingrese la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso.	SI
3.8 Fecha de hospitalización	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fue hospitalizado como consecuencia del evento que se está notificando.	* Tenga en cuenta que para la sistematización la fecha de hospitalización no puede ser inferior a la fecha de consulta, ni a la fecha de notificación.	SI
3.9 Condición final	variable de única selección. 0 = Solo aplica cuando no custe el caso por SAI y se desconoce el dato, o para defectos congénitos cuando la unidad de medida es "0" 1 = Vivo 2 = Muerto Tenga en cuenta que es importante establecer si la muerte fue debida al evento de interés en salud pública para diligenciar esta variable.	* Tenga en cuenta que para la sistematización de la información se debe diligenciar la condición final del paciente al momento de la notificación, la cual se deriva del evento que se está notificando.	SI
3.10 Fecha de defunción	Formato día/mes/año. Se diligencia la fecha en la que el paciente fallece como consecuencia del evento que se esta notificando. Se debe diligenciar si en la variable "3.9 Condición final" es 2 = Muerto"	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto".	SI
3.11 Número de certificado de defunción	Número consecutivo que aparece en la parte superior derecha del certificado de defunción diligenciado si la "3.9 Condición final" es 2 = Muerto"	* Se diligencia dependiendo de la respuesta de la variable 3.8 "2 = Muerto". Debe estar diligenciado el registro, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización de la ficha.	SI
3.12 Causa básica de muerte	Diagnóstico CIE X, que ocasionó la muerte del caso y que esta relacionado con el evento de interés en salud pública.	* Se diligencia una vez la respuesta de la variable 3.8 sea "2 = Muerto"	SI
3.13 Nombre del profesional que diligencia la ficha	Nombre de la persona que diligenció la ficha de notificación en la UPGD o EPS	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
3.14 Teléfono	Número telefónico de contacto de la persona que realiza la notificación, preferiblemente el número celular para poder contactarlo en caso de ser requerido.	* Para la sistematización de la información debe diligenciar los datos solicitados, de lo contrario el sistema no permitirá el ingreso de la ficha de notificación.	SI
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso	Estos son los valores que se relacionan para definir la clasificación final del caso, posterior de obtener resultados de laboratorio o análisis del caso. Corresponde a la clasificación definitiva del caso. 0 = No aplica (es el valor por defecto del sistema si el caso es nuevo o no ha sido ajustado) 3 = Confirmado por laboratorio 4 = Confirmado por clínica 5 = Confirmado por nexo epidemiológico 6= Descartado: puede ser por criterio epidemiológico, por laboratorio, porque no cumple la definición del caso, etc. 7 = Otra actualización: quiere decir que se puede modificar cualquier campo excepto código de evento, Upgd, número de id, fecha de notificación. Esto, después de haber notificado el caso. D = Error de digitación por las siguientes razones. - el evento notificado es atroz, por ejemplo, se digitaron los datos para el evento parotiditis y realmente se trataba de un caso de varicela. - cuando al menos una de las variables de la llave primaria (código de evento, año semana epidemiológica, código de prestador, código sub-índice del prestador, tipo de identificación y número de identificación) fueron mal digitadas, ya que es posible modificarlas una vez hayan sido notificadas (generación del archivo plano).	Los tipos de ajuste permitos y los tiempos para el ajuste de casos, se encuentran definidos en los protocolos de vigilancia en salud pública.	SI
4.2 Fecha de ajuste	Formato día/mes/año, corresponde a la fecha en la que se ajustó la clasificación inicial del caso.		SI

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS
Violencias de género código INS 875

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG.
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	Es necesario diligenciar estos datos en la ficha de complementarios los cuales debe coincidir con la información registrada en la ficha de datos básicos.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	SI
5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA	Seleccione la opción que corresponda al caso que desea notificar: 1. Física: cualquier acto de agresión, mediante el uso de la fuerza que ocasione daños físicos internos o externos a las personas (golpes, empujones, sacudidas, o agresiones con líquidos o sustancias corrosivas) 2. Psicológica: toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí mismo o el desarrollo personal. 3. Negligencia y abandono, acciones u omisiones INTENSIONALES realizadas por parte de quienes son responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad cuando no intentan ni satisfacen sus necesidades básicas como: salud, protección, educación, nutrición recreación, soporte emocional o higiene.		
6. Violencia sexual	Seleccione la opción que corresponda al caso que desea notificar: 5. Acoso sexual: Todo hostigamiento con contenidos y fines sexuales ejercido de forma unidireccional que genera malestar a la persona 6. Acceso carnal: Es la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral y/o la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto mediante cualquier mecanismo que anule o limite la voluntad 7. Explotación sexual: Es toda acción o comportamiento en el que se induce, constriñe u obliga a una persona a realizar cualquier acto sexual para conseguir u obtener algún provecho económico o de otra índole para sí mismo o para un tercero 10. Trata de personas: es todo acto por medio del cual las personas son comercializadas como objetos para satisfacer mercados de explotación sexual y laboral mediante la captación, el traslado, el recibir y acoger a la persona víctima. 12. Actos sexuales: Acción o comportamiento sexual diferente al acceso carnal que se realiza en presencia de otra persona, o que incluye tocamientos e inducción a observar contenidos sexuales 14. Otras violencias sexuales: esclavitud sexual, planificación forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, aborto forzado, desnudez forzada, etc. 15. Mutilación genital: Comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos, así como otras lesiones de los órganos genitales por motivos no médicos.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8. DATOS DE LA VÍCTIMA			
8.1 Actividad	Seleccione la actividad que desarrolla la víctima	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8.2 Orientación sexual	Se refiere a la atracción afectiva, erótica y sexual de una persona hacia otras, las categorías son: heterosexual, homosexual, bisexual y asexual. Seleccione la orientación sexual referida por la víctima		NO
8.2.1 Identidad de género	Es el reconocimiento que una persona hace de sí misma basada en la construcción social, histórica y cultural de lo que se ha definido como masculino, femenino o la transición entre ambas. Las categorías son: masculino, femenino y transgénero Seleccione la identidad de género referida por la víctima		NO
8.3 a 8.6	8.3 Persona consumidora de SPA. Seleccione SI, si durante la ocurrencia del hecho la víctima estaba bajo los efectos de Sustancias Psico-activas (SPA), de lo contrario seleccione NO 8.4 Persona con jefatura de hogar 8.5 Antecedente. Seleccione SI, si la persona ha sido violentada con anterioridad, de lo contrario seleccione NO 8.6 Alcohol víctima. Seleccione SI, si durante la ocurrencia del hecho la víctima estaba bajo los efectos del alcohol, de lo contrario seleccione NO	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7. DATOS DEL AGRESOR			
7.2 Sexo del agresor	Seleccione el sexo del agresor. Las categorías son: masculino, femenino e intersexual	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.3 Parentesco con víctima	Seleccione la opción que corresponde a la relación del agresor con la víctima Indague si el agresor tiene algún vínculo con la víctima, por consanguinidad (padre, madre, abuelos, etc) o afín (cuñado, cuñada etc)	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.4 Convive con el agresor	Seleccione la opción correspondiente de acuerdo a la relación del agresor con la víctima	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
7.5 Agresor no familiar	Seleccione la opción según corresponda Tenga en cuenta que cuando el agresor es no familiar, debe marcar la relación que tiene la víctima con el agresor.	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8. DATOS DEL HECHO			
8.1 Mecanismo utilizado para la agresión	Seleccione el mecanismo utilizado para la agresión 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación 2. Caídas 3. Contundente / cortocontundente 4. Cortante / cortopunzante / Punzante 11. Proyectil arma fuego 12. Quemadura por fuego o llama 13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas 14. Quemadura con líquido hirviendo 15. Otros mecanismo 16. Sustancias de uso doméstico que causan irritación	Si se diligencian las opciones 12,13 o14 selección única se activa el 8.2 sitio anatómico comprometido por la quemadura 8.3 Clasificación grado 8.4 Extensión	SI
8.2 Sitio anatómico comprometido por la quemadura	Seleccione el o los sitios anatómicos quemados	Depende de la respuesta en la variable 8.1, "quemaduras" en las opciones 12, 13 ,14 de selección única	NO

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS Violencias de género código INS 875			
VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG.
RELACIÓN CON DATOS BASICOS			
8.3 Grado	Marque con una X la opción según corresponda. QUEMADURAS DE 1 GRADO: comprometen la epidermis, hay enrojecimiento e hipersensibilidad. QUEMADURAS DE 2 GRADO: comprometen la epidermis y parte de la dermis aparece la ficlena y el edema. Son muy dolorosas. Estas se dividen en 2 grado superficial y en 2 grado profundo. QUEMADURAS DE 3 GRADO: hay destrucción de las dos capas de la piel en forma completa, el aspecto es blanco o marrón y acartonado. Estén destruidas todas las terminaciones sensitivas, por lo cual hay analgesia. Tenga en cuenta que la clasificación dependerá del sitio anatómico más comprometido.	Depende de la respuesta en la variable 8.1. "quemaduras" en las opciones 12, 13 ,14 de selección única	NO
8.4 Extensión	Seleccione la opción correspondiente al sitio anatómico más comprometido	Si en la variable 8.1 seleccionó la opción 12, 13 o 14.	SI
8.5 Fecha del hecho.	Formato dia-mes-año	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8.6 Escenario	Seleccione el lugar en el que ocurrio la agresión	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
8.7 ¿Hecho violento en el marco del conflicto armado?	Seleccione el ámbito, de acuerdo al lugar de ocurrencia de la agresión	Diligencie la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI
9. ATENCIÓN EN SALUD			
Profilaxis VIH - HEP B; Anticoncepción de emergencia; orientación IVE; Salud [illegible] recomendación protección; [illegible]ión; Informe autoridad; Justicia; Informe PAC.	Seleccione SI, si se realizaron las atenciones en salud mencionadas, de lo contrario seleccione NO Tenga en cuenta que: profilaxis para VIH, HB, otras profilaxis, anticoncepción de emergencia, orientación IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) y recolección de evidencia medico legal, solo aplican para violencias sexuales. Las demás atenciones: Salud mental remisión a protección e informe a autoridades aplican para todos los tipos de violencia: física, psicológica sexual y negligencia y abandono	Diligencia la variable, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con el ingreso de la información.	SI

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

23 215/ 1996 Registro No.

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
YAMINA ESTELA RESTREPO C

C.C. o C.E. De
C 34997936 MONTERIA

Institución de Educación Ciudad
E COL MEDICINA BOGOTA

Código 575/23 Fecha de Expedición 27/08/08

FIRMA

YE RESTREPO C

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **34997936,** se encuentra afiliado/a desde **24/01/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de julio de 2026.

V GILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **34997936** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 34997936
NOMBRES Y APELLIDOS	YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA
TIPO DE AFILIADO	CONTRIBUTIBO
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COTIZANTE
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2025
FECHA RETIRO EPS SURA	

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **30/06/2026**

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

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-98
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-98
ycalonge20@gmail.com

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

SECRETARIA GENERAL
Oficina de Registro y Control Académico

VERIFICACIÓN DE TÍTULO

N°: 70055

La Secretaría General certifica que verificado el sistema académico de la universidad, se encuentra el registro de la señora YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE identificada con Cédula de Ciudadanía N° 34997936, quien cursó y aprobó los estudios y obtuvo el título respectivo en esta institución conforme a la siguiente información:

TITULO OBTENIDO	ACTA Y FECHA DE GRADO	DIPLOMA N°
MÉDICO CIRUJANO	443 - 1994-06-16	1580

Bogotá, D.C., Martes 24 de Abril de 2018, hora 15:31:45

SECRETARIA GENERAL
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-95
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

RESOLUCION NRO. 23

EL SUSCRITO DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
DE DASALUD DE CORDOBA

En uso de sus atribuciones Legales y, de conformidad con el Decreto Nro. 0001875 del 3 de Agosto de 1994 emanado del Ministerio de Salud, y

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

Que: YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
identificado(a) con la cédula de ciudadania Nro.34997936 de MONTERIA (CORDOBA) ha solicitado el registro de su titulo de MEDICO Y CIRUJANO que le otorgó La Universidad de ESC. COLOMBIANA DE MEDICINAla 06/17/94

Que dicho titulo se encuentra debidamente registrado ante la Secretaría de educación de BOGOTA en el folio Nro. 54-R Libro Nro. 94 de 06/30/94

Que YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Cumplió con el Servicio Social Obligatorio en CERROMATOSO
nombrado(a) mediante Resolución, Contrato o Decreto Nro. 03063 de 11/25/94 emanada de DASALUD Córdoba,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a: YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE para ejercer la profesión como MEDICO Y CIRUJANO en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Está resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Montería, a los 02 SEP. 1994

JACOB NAMER NAME
Director Dasalud Córdoba

FABIO VIERA GOMEZ
Jefe División Atención
a las Personas.

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

Gobernación de Córdoba
Gobierno y Compromiso

DEPARTAMENTO DE CORDOBA

Secretaría de Desarrollo de la Salud
Área Desarrollo de servicios

RESOLUCION Nº 0034

POR LA CUAL SE CONCEDE LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL".

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

En uso de sus facultades legales en especial las conferidas por Resolución No. 02318 de fecha Julio 15 de 1996, emanadas del Ministerio de la Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 09 de 1979 en Artículo 87, expresa que todas las personas que presten servicios de salud ocupacional a empleadores o trabajadores estará sujetos a la supervisión y vigilancia del Ministerio de Protección Social o la entidad en que éste delegue.

Que de conformidad con el Decreto 614 de 1984 corresponde al Ministerio de la Protección Social, determinar los requisitos mínimos que debe cumplir el personal calificado en Salud Ocupacional, tanto a nivel científico como técnico, con el fin de propender por la calidad en la prestación de los servicios en el área e impulsar el desarrollo de la Salud Ocupacional en el país.

Que de conformidad con la Resolución 1016 de 1989 expedida por el Ministerio de la Protección Social, los requisitos mínimos de las personas naturales o jurídicas que ofertan servicios de Salud Ocupacional, se acreditarán mediante la respectiva autorización impartida por la autoridad competente y de acuerdo con la legislación vigente.

Que mediante Resolución 02318 del 15 de julio de 1996 el Ministerio de la Protección Social, delegó en las Direcciones Seccionales o Locales de Salud, la función de expedir y renovar las licencias de Salud Ocupacional a las personas naturales y jurídicas que ofertan servicios de Salud Ocupacional

Que YAMINA ESTELA RESPREPO DE MENDOZA, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 34.997.936 expedida en Montería (Córdoba), ha solicitado Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, anexando a su petición la documentación exigida por la Resolución número 02318 de Julio 15 de 1996 y 02709 de Agosto 8 de 1996, así:

1. Solicitud escrita ante la respectiva Dirección Seccional o local de Salud acompañada de los siguientes documentos:
2. Formato técnico debidamente diligenciado, con indicación de los servicios y las áreas en que se encuentra capacitado y las características básicas de los servicios que va a prestar, incluido en el Manual de Procedimientos Técnicos y Administrativos
3. Fotocopia de los títulos o diplomas debidamente legalizados, qué demuestren el nivel académico alcanzado.

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

Gobernación de Córdoba
Salud y Compromiso

DEPARTAMENTO DE CORDOBA

Secretaría de Desarrollo de la Salud
Área Desarrollo de servicios

0034

Que el Comité Seccional de Salud Ocupacional en sesión del día 21 del mes de Diciembre de 2010, después de revisada toda la documentación presentada por YAMINA ESTELA RESPREPO DE MENDOZA emitió concepto favorable para el otorgamiento de la Licencia para la prestación de los servicios según consta en Acta respectiva.

Que la documentación presentada por YAMINA ESTELA RESPREPO DE MENDOZA lo (a) acredita para la prestación de los servicios de salud ocupacional, en las áreas de:

- MEDICINA OCUPACIONAL
- EDUCACION - CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL
- INVESTIGACION EN SALUD OCUPACIONAL

RESUELVE

ARTICULO PRMERO: Conceder Licencia para prestar Servicios en Salud Ocupacional a YAMINA ESTELA RESPREPO DE MENDOZA, identificada con cédula de ciudadanía número 34.997.936 expedida en Montería (Córdoba), de acuerdo al perfil profesional de MEDICO y especialista en SALUD OCUPACIONAL en las áreas de: MEDICINA OCUPACIONAL, EDUCACION – CAPACITACION, INVESTIGACION EN SALUD OCUPACIONAL, DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DE PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La Licencia de que trata el Artículo anterior se concede por un término de 10 años, contados a partir de la ejecución de la presente Resolución y podrá ser renovada por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados por las normas vigentes.

PARAGARAFO Esta licencia es válida en todo el territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

Las Direcciones Seccionales o Locales de Salud del país, vigilarán y controlarán el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución e impondrán las sanciones correspondientes de conformidad con las normas legales que rigen la materia, sin detrimento de las demás sanciones que pueden derivarse de la trasgresión a las normas vigentes.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario Seccional de Salud de Córdoba y el de apelación ante el despacho del Ministro de la Protección Social, en los términos del Decreto No. 01 de 1984.

Notifíquese y Cúmplase.

Dado en Montería, a los 12 ENE 2011

ANGELA CUETER CHIBAYG
Secretaria de Salud Departamental

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonga20@gmail.com

UNIVERSIDAD DEL NORTE

CONSTANCIA DE ESTUDIO

El suscrito director del Departamento de Registro de la Universidad del Norte, hace constar que YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA identificado (a) con la cédula No. 34997936 de Montería, es graduado (a) de esta institución en el programa de ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL. Obtuvo el título de Especialista en Salud Ocupacional el día 15 de diciembre de 2010, según consta en el Acta de Grado No. 2010-49.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado, sin borrones ni enmendaduras en Barranquilla, a los 26 días del mes de julio del 2012.

Ariel Saenz L.
ARIEL SAENZ LINARES
Director de Registro (E)

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Acreditada Institucionalmente por su excelencia académica
Resolución MEN No. 2035 - 05/09/2003

Departamento de Registro *Bloque D, primer piso. Teléfonos: 3509 231 • 482*

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y [illegible] por el Ministerio de Educación [illegible] No. 263 del 22 de Febrero de 1[illegible] [illegible] por el Consejo Directivo y [illegible]

teniendo en cuenta que

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

C.C. No. 34.997.935 de Montería

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Dado en Barranquilla, a los 15 días del mes de Diciembre de 2010

Decano de División

Rector

Secretario Académico

Personería Jurídica
Resolución No. 00398 del
7 de Junio de 1993

Libro No. [illegible]
Acta No. 2010-47-15-02-[illegible]

Registro Ult. No. [illegible]
Folio [illegible]

02336

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-86
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-86
ycalonge20@gmail.com

UNIVERSIDAD DEL NORTE

ACTA DE G[illegible] 2010 19-12-02-V
L[illegible] 19 FOLIO 0124-2895

En Barranquilla, a los 15 d[illegible] de [illegible] de dos mil diez se llevó a cabo la ceremonia de graduación presidida por el Rector y las autoridades académicas, en la cual la UNIVERSIDAD DEL NORTE autorizada para el efecto, según Decreto No. 263 del 22 de febrero de 1971 del Ministerio de Educación Nacional, y previo juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

a

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado (a) con C.C. No. 34.997.936 de MONTERIA quién cumplió con los requisitos exigidos por la Universidad.

Dan fe de lo anterior: JESUS FERRO BAYONA, Rector; HERNANDO BAQUERO LATORRE, Decana (e) de División, y LUZ ELENA VISBAL GOMEZ, Secretaria Académica, quienes firman la presente acta de grado, en la ciudad de Barranquilla a los 15 días del mes de diciembre de 2010

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Matilde Echeverria

MATILDE ECHEVERRIA
Directora de Registro

Barranquilla, 15 de diciembre de 2010

NIT 891100031 - 3

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN GERENCIA ADMINISTRATIVA DE SALUD

A

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE

C.C. No. 34.997.936 DE MONTERÍA

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Montería, a los 25 días del mes de JULIO de 2007

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-95
yrestrepoz70@gmail.com

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE
Médico Cirujano – U. el Bosque
R.M. 23215-96
Especialista en Gerencia Administrativa de Salud – U. de Córdoba
Especialista en Salud Ocupacional – U. del Norte
Licencia S.O. Resolución No 0034 de 01/2011
T.P. 23215-96
ycalonge20@gmail.com

ACTA DE GRADO No. 043

EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS 25 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2007 SE CELEBRÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN DEL SEÑOR (A):

YAMINA ESTELA RESTREPO CALONGE

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 34.997.936 EXPEDIDA EN MONTERÍA A QUIEN LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA A TRAVÉS DE LA FACULTAD DE:

CIENCIAS DE LA SALUD

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL LE OTORGÓ EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN GERENCIA ADMINISTRATIVA DE SALUD

Y SE LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE, EN FE DE LO ANTERIOR, SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE MONTERÍA, A LOS 25 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2007

FIRMADO POR: LEONOR TERESA MARTINEZ VELEZ
SECRETARIA GENERAL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL, EN LO PERTINENTE.

OSWALDO ANTONIO TORDECILLA DIAZ
JEFE DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

MONTERÍA, 25 DE JULIO DE 2007

REGISTRADO AL FOLIO No. 20 DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMA No. 2

CENECSA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO CONTINUO EN SALUD

NIT: 901415754-5

Confiere la Participación en el Curso

BLS - ACLS

Soporte vital básico y avanzado en urgencias medicas

Con una intensidad horaria de 48 horas

A

Yamina Estela Restrepo De Mendoza

Identificado(a) con c.c 34.997.936 de Montería - Córdoba

Anotado en el libro de registro n° 001 Folio 08

Dado en Montería – Córdoba, el día 12 de mayo de 2024.

KEVIN J. MORALES CANO

REPRESENTANTE LEGAL

CORPORACIÓN CENECSA

Según lo Contemplado en el Decreto 1075 de 2015, Educación no formal (artículo 2.6.1)

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 34997936
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI CLINICO) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 34997936
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CENECSA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO CONTINUO EN SALUD
NIT. 901415754-5

Confiere La Participación Del Curso

Atención en Salud con Enfoque Psicosocial a la Población Víctima de Conflicto Armado

Con Una Intensidad De 60 Horas

A

Amina Estela Restrepo De Mendoza

Identificado (a) con C.C 34.997.936 de Monteria - Córdoba

Anotado en el libro de registro Nº 01 Folio 007

Dado en Montería - Córdoba, el día 19 de Septiembre de 2024

Este certificado tiene una vigencia de (02) años a partir de su fecha de emisión

KEVIN MORALES CANO
Representante Legal
Centro De Entrenamiento Continuo En Salud
CENECSA

Según lo consagrado en el decreto 1075 de 2015 educación no formal (Artículo 2.6.8.1

INNOVAR

Soluciones Educativas y Empresariales S.A.S

Nit 901372821-4

Matrícula 178405, Fecha matrícula: 03 de marzo de 2020, Registró cámara de comercio bajo el número 67987 del libro IX del registro mercantil del 3 de marzo de 2020.

OTORGA CERTIFICADO A:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Cédula de Ciudadanía No. **34.997.936** de Montería (Cordoba).

Asistió y Aprobó el Curso Taller:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON ÉNFASIS EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0459 DE 2012.

Se Expide la Presente Constancia Según Decreto 1075 del año 2015 Ministerio de Educación Nacional.
Dado en Montería a los 01 días de Abril del 2025 modalidad semipresencial con una intensidad horaria de 40 horas.
vigencia Marzo de 2027.

ALBERT D. GALVAN BENITEZ.
REPRESENTANTE LEGAL
Profesional de la salud.
Esp. auditoria y gerencia.
Mg en salud publica Reg. 23185
Doctorando en educación (UTE)

DANNA E. URZOLA CAUSIL
COORD. ADMON
Psicóloga
Esp. gerencia seguridad y salud en el trabajo

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 34997936
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MISIÓN MEDICA (CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 34997936
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 34997936

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

MÉDICPLUS
CERTIFICADOS MÉDICOS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 34997936
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

TOMA DE MUESTRAS RAPIDAS (VIH, SIFILIS, HEPATITIS B) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-08.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4528bd6-6772-401c-93b5-502c5bd43079

Nombres y apellidos / Full name: **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA**

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

Número de identificación / ID Number: **3 4 9 9 7 9 3 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **11/09/1969**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3015048152**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@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
Fiebre Amarilla	Única	06	05	2015		KS2891	MONTELIBANO ESE HOSPITAL LOCAL	
COVID PFIZER	Primera	31	03	2021	PFIZER	ER1742	MONTERIA ESE VIDASINU	ELINETH DEL SOCORRO VEGA ARROYO
COVID PFIZER	Segunda	31	05	2021	PFIZER	EW0206	MONTERIA EPS SANITAS CENTRO MEDICO MONTERIA	ANGELICA LUCIA BEDOYA ROMERO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	22	05	2022	PFIZER	ACC5853	MONTERIA CRUZ ROJA COLOMBIANA	YESICA YULIETH VILLADIEGO MARTINEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	07	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	CERETE ESE CAMU DEL PRADO	MARTHA JUDITH OVIEDO CUADRADO - CC26153315 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C3499793600172640

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA,** identificado(a) con C.C. No. 34997936 y T.P. o R.M. No. 23 215/1996 del(a) Secretaria de Salud Departamental Córdoba, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., Viernes 27 de febrero 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente

Calle 147 No. 1ç-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601(7440583-(601(627çç75 Bogotá D. C
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

Alcaldía de Montería
Coordinación Área de Talento Humano
Nit. 800096734-1

Montería, 1° de noviembre de 2022

EL COORDINADOR DEL AREA TALENTO HUMANO
DEL MUNICIPIO DE MONTERIA

CERTIFICA:

Que revisada la historia laboral que se lleva en los archivos de esta dependencia se constató que: **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.997.936 expedida en Montería, (Córdoba), laboró al servicio del Municipio de Montería, desempeñando el siguiente cargo:

SECRETARIO DE DESPACHO (SECRETARIA DE SALUD), CODIGO 020, GRADO 01, desde el día 08 de febrero de 2021, (Acta de posesión No.0010), (Decreto 0123 de fecha 08/02/2021), hasta el 08 de septiembre de 2022.

Dirección: Calle 65 No. 1A – 35 Barrio El Recreo.
Correo: ycalonge20@gmail.com

Para un total de tiempo de Servicios de: un (01) año y siete (07) meses.

Este certificado se expide a solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud.

Firmado,

FABIAN JOSE RACINE VERGARA
Coordinador Área Gestión Del Talento Humano

Elaboró: Lina Garcia.

IPS MEDICINA VITAL
NIT: 900193815-8
medicina.vital@hotmail.com
Teléfono. 3103617249 -7722859
Montelíbano – Córdoba

CERTIFICADO DE TRABAJO

Certificamos que la Doctora YAMINA RESTREPO CALONGE identificada con cedula de ciudadanía N° 34.997.936 prestó su servicio a esta empresa en el cargo de MEDICO OCUPACIONAL desde ENERO DE 2011 HASTA ABRIL DE 2014 en la realización de exámenes ocupacionales, seguimiento a Programa de Vigilancia Epidemiológica, Programa de Medicina Preventiva y del Trabajo a empresas del sector Minero e Industrial en el Proyecto de reparación mayor de CERROMATOSO S.A(proyecto NOSS) a la empresa ISMOCOL DE COLOMBIA , en el proyecto de mantenimiento del Oleoducto del Puente San Jorge(La Apartada – Córdoba) a la empresa MASA , y realización de exámenes y acompañamiento en el seguimiento de condiciones de salud al Consorcio Tecnitanques –Tanko en la construcción de dos tanques de 420 kb en las instalaciones de la sede el Porvenir- San Antero- Córdoba.

Para constancia se firma en Montelíbano – Córdoba a los 5 días del mes de marzo del 2015.

AUGUSTO MENDOZA ABDALA
Gerente- Representante Legal

Tecnitanque TANKO
NIT 900631658-8

CERTIFICADO DE TRABAJO

De Conformidad con la obligación 7ª Del Artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo

CERTIFICAMOS que el señor(a) **YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA,** *identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 34.997.936, prestó sus servicios a esta empresa así:*

Fecha de ingreso:	**MAYO 1 DE 2014**
Fecha de retiro:	**MARZO 1 DE 2015**
En la Obra:	**CONTRATO No. MA-0028334 "CONSTRUCCIÓN DE DOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE HIDROCARBUROS DE 420 KBLS CADA UNO, CON SUS OBRAS COMPLEMENTARIAS Y ACCESORIAS EN LA PLANTA VIT DE COVEÑAS A CARGO DEL PROGRAMA DE EVACUACIÓN DE CRUDOS DE LA VICEPRESIDENCIA DE TRANSPORTE Y LOGÍSTICA DI ECOPETROL S.A."**
Cargo Desempeñado:	**MEDICO OCUPACIONAL**
Motivo del retiro:	**TERMINACION DE CONTRATO**

Para constancia se firma en Coveñas (Sucre), a los 1 días del mes de Marzo de 2015.

Consorcio Tecnitanque TANKO
ADMINISTRADOR

I . P . S
Fundación Panzenú

Montelíbano, 7 de abril de 2014

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Me permito certificar que la doctora Yamina Restrepo Calonge, identificada con la cédula de ciudadanía 34997936 ha tenido vinculación laboral previa con la IPS Fundación Panzenú de Cerro Matoso SA, a través de la realización del año social obligatorio durante el año 1995 y posteriormente como médica general en los períodos de 1997 hasta el año 2000.

Durante su paso por la Fundación, la doctora Yamina siempre demostró un espíritu de servicio profesional de alto nivel, altos niveles de responsabilidad y de interacción positiva hacia el trabajo en equipo.

Todo lo anterior nos permite generar la presente recomendación, estando seguros que encontrarán en ella a un ser humano íntegro y una profesional con actitud positiva hacia el mejoramiento continuo.

Cordial saludo,

Fundación Panzenu
NIT 812000852-4

Jorge Ospina Ospina

Gerente Fundación Panzenú

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
MONTERIA

El Banco Popular, hace constar que el cliente YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 34997936 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 310 Monteria con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	581 Nómina
Número:	500-80562371-8
Fecha de Apertura:	2024-04-01
Nombre Cuenta	YAMINA ESTELA RESTREPO DE MENDOZA
Estado	INACTIVA

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE
Elaborada en la oficina 310 MONTERIA el dia 22 del mes 07 del año 2025

Atentamente,

Sin firma autógrafa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Por medio de la presente certifico que no me encuentro incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia. Declaro bajo derecho del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Cordialmente.

FIRMA
CC N°

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 34997936 **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 02/07/2026 02:04 PM

Código Verificación: **DSAWGB4X97**

Válida hasta: **13/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC