Puerto Carreño, Vichada 16 de Noviembre del 2026.

Director (a) Hospital San Juan de Dios/ Puerto Carreño Vichada.

Asunto: Presentación de propuesta para prestación de servicios

Respetado Doctor (a)

De manera muy atenta y respetuosa me dirijo a usted con el fin de presentar mí propuesta de servicios como Psicóloga General de la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, desarrollando las siguientes Actividades:

1. Prestar servicios de salud para consulta Externa, hospitalización y urgencias en el área de salud mental.
2. Brindar apoyo psicológico a usuarios y familiares contribuyendo a la reducción de riesgos psicosociales.
3. Ejercer coordinación con entidades de bienestar social cuando lo requiera la atención de los usuarios.
4. Apoyar los programas de detección temprana y protección específica adelantados por la Empresa Social del Estado.
5. Participación activa en las actividades de educación y capacitación de la entidad.
6. Realizar intervenciones psicoterapéuticas a los usuarios y llevarlos a buen término, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos que apuntan a mejorar la calidad de vida de los usuarios ya sea de forma laboral, familiar y social.
7. Remitir al usuario en salud mental a un nivel tratante superior mediante el sistema de referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.
8. Participar en las acciones del plan de vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo psicosocial para la población.
9. Participar en las actividades de la red de Salud Mental con el fin de revisar y actualizar políticas en salud mental y el cumplimiento del plan de acción de la entidad acorde con dichas políticas.
10. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia.
11. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
12. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
13. Cumplir con horario nocturno según cuadro de turnos y disponibilidad estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.

14. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio de ejecución del contrato y del departamento de Vichada.
15. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
16. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato.
17. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.
para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en la presente propuesta de prestación de servicios son veraces, (artículo 5o. de la ley 190/95). he declarado únicamente la verdad en la información suministrada, y en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias jurídicas y de cualquier índole que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información o declaraciones contenidas en la presente propuesta.

Sin otro particular,



LINDA CATERINE BERNAL LÒPEZ
C.C 1121894489
T.P: 228307
CEL: 3145947705

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BERNAL		LINDA CATERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121894489	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 05 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO GUATEQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 11 12 31 alcaravan

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO PUERTO CARREÑO

TELÉFONO 3123635630 EMAIL catebernal92@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2020	228307

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
uniminuto	EDUCACIÓN INFORMAL	384	X		metodologías críticas y participativas para el acompañamiento social y comunitario	12	2020
la fundacion jose manuel gonzalez	EDUCACIÓN INFORMAL	10	X		jornada caribeña de psicologia de la sexualidad	09	2022
el colegio colombiano de psicologos COLPSIC	EDUCACIÓN INFORMAL		X		diplomado-psicologia de la sexualidad	10	2022
funcion publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		auditoria- modelo integral de planeacion y gestacion- MIPG	04	2025
funcion publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO YDESARROLLO HUMANO		X		modelo integrado de planeación y gestión - MIPG (versión II 2021)	04	2025
funcion publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO YDESARROLLO HUMANO	20	X		integridad, transparencia y lucha contra la corrupción	04	2025
función publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO YDESARROLLO HUMANO		X		8 modulos-modelo integrado de planeacion y gestion- MIPG	04	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Atención integral a víctimas de la violencia y abuso sexual con enfoque diferencial	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Seguridad del paciente	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Misión medica	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Atención y Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Humanización de los servicios de salud	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Gestión del duelo	05	2025
PROSCERTIS	EDUCACIÓN INFORMAL	45	X		Atención integral en salud a víctimas de ataques con ácidos o agentes químicos	05	2025
OPS	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		diagnóstico y manejo clínico del dengue	08	2025

4 **IDIOMAS**

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VICHADA	PUERTO CARREÑO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3123635630	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8120 PSICOLOGA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 18 10 43 barrio la primavera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VICHADA	PUERTO CARREÑO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3123635630	*Día*	08	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8120 PSICOLOGA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 18 10 43 barrio primavera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VICHADA	PUERTO CARREÑO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3123635630	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8120 PSICOLOGA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 18 10 43 barrio primavera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VICHADA	PUERTO CARREÑO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3123635630	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
8120 PSICOLOGA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 18 10 43 barrio primavera

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 calle 18 10-43B barrio primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10B null calle 18 10-43 B						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 calle 18#10-43B la primavera						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 calle 18-1043B						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 47 PRIMAVERA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43 BARRIO LA PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* - la primavera					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 null 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* - BARRIO LA PRIMAVERA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123635630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8120 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 null 10 43B					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

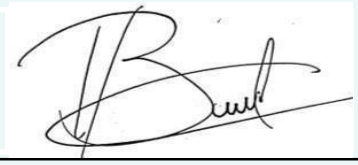
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento Puerto Carreño / Vichada 16 de Noviembre - 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-29 13:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LINDA	CATERINE	BERNAL	LOPEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121894489

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	GUATEQUE

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Dirección	["avenida orinoco Nº 10-43"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$58.871.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$5.000.000,00
TOTAL	$63.871.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	VICHADA	PUERTO CARREÑO	$8.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

Ciudad y Fecha _ Puerto Carreño/Vichada (16 de Noviembre –2026)

Empresa Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo Linda Caterine Bernal López, identificado (a) con cedula de ciudadanía No _ 1.121.894.489 _____, expedida en _ Villavicencio para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: **SI (X) NO( )**

2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI ( ) NO (X)**

3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI ( ) NO. (X)**

4. Los ingresos totales ene l año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. **SI ( ) NO (X)**

5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una se las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. **SI ( ) NO (X)**

6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. **SI ( ) NO (X)**

Cordialmente



CC _ **1.121.894.489** _____


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.121.894.489
BERNAL LOPEZ
APELLIDOS
LINDA CATERINE
NOMBRES
FIRMA
Scanned by TapScanner


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1992
GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
22-NOV-2010 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-5200100-00457362-F-1121894489-20130818
0034422259A 2
6722400212
Scanned by TapScanner

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

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 228307

Fecha de expedición: 16/04/2021

LINDA CATERINE BERNAL LÓPEZ

Cédula de Ciudadania
1121894489

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

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Linda Caterine Bernal López**, con documento de identificación N° **1121894489**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 16 de noviembre de 2026.

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

/VCF0Ra2lxe6/5XGqXI9
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1121894489

Primer Nombre: linda

Primer Apellido: bernal

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4649

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-11-16→9:44:22 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1121894489	LINDA	CATERINE	BERNAL	LOPEZ	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) LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ identificado(a) con CC 1121894489 registra La siguiente información:

2026-11-16→9:44:22 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

		Administrativo			
UNV	Local	PSICOLOGIA	2021-11-05	25423	GOBERNACION DEL META

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

La República de Colombia

y en su nombre,

El Colegio Departamental

San Francisco de Asís

de Villavicencio – Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resoluciones No. 683 del 14 de Septiembre de 1999 y No. 1957 de Noviembre 25 de 2002.

Confiere a.

Linda Caterine Bernal López

Identificado(a) con T.I. No. 92051226595 expedida en Villavicencio (Meta)

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los planes, programas y normas vigentes.

Rectora

Secretaria

Anotado en el Folio 01-07 Libro de Registro No. Tomo II - 38

Dado en Villavicencio – Meta, a los 2 días del mes de Diciembre de 2.011

"No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República"

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Linda Caterine Bernal Lopez

CC No. 1,121,894,489

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Psicóloga

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector UVD

Rector General

Secretario General

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MD SECRETARÍA GENERAL MINUTO DE DIOS

Personería Jurídica otorgada por resolución 10345 del 1 de agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

Folio 095 del libro de Registro No. 011
Villavicencio, 09 de abril de 2021
No. 138391

Colegio Departamental

San Francisco De Asís

Villavicencio - Meta

Inscripción S. E. FOE07003
Código Dane: 150001003676

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

DICIEMBRE 2 DE 2011

En la ciudad de Villavicencio, Departamento del Meta, a los 02 días del mes de Diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ***Último Grado****, las suscritas Rectora y Secretaria de la Institución Educativa* ***COLEGIO DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS,*** *reconocida Oficialmente según Resoluciones No. 683 de Septiembre 14 de 1999 y No. 1957 de Noviembre 25 de 2002, autorizada por el gobierno Departamental del Meta para otorgar el* ***TÍTULO*** *de* ***"BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL".***

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el

TÍTULO DE
BACHILLER TÉCNICO COMERCIAL

Al graduando, cuyos nombres, apellidos y número de identidad se relacionan a continuación:

LINDA CATERINE BERNAL LÓPEZ
T.I. No. 92051226595 de Villavicencio (Meta)

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 01 – 2011 del dos (02) de Diciembre de 2011, que consta de cuarenta y cuatro ***(44)*** *estudiantes graduandos, que comienza con el nombre de* ***ABELLA MEDINA MARLY YORLAY*** *y finaliza con el nombre de* ***ZAPATA LEMOS JENNIFER MARCELA.***

En constancia firman:

Lic. GLORIA MERCEDES ABELLA MILLÁN
C.C. No. 31'520.730 de Jamundí (V)
Rectora

BLANCA EDITH RODRÍGUEZ P.
C.C. No. 21'178.723 de Acacías
Secretaria

Dada en Villavicencio (Meta) a los 02 días del mes de Diciembre de 2011.

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 032

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en la ciudad de Villavicencio, departamento de Meta; el día nueve (09) de Abril de (2021), la ***Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,*** *Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de* ***Psicóloga*** *a* ***Linda Caterine Bernal Lopez*** *con cédula de ciudadanía No.* ***1.121.894.489*** *quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No* ***138391*** *que la acredita como tal, registrado en el Folio* ***095*** *del Libro No.* ***011*** *de Registro de Títulos expedidos por la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.***

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO *está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES* ***91141*** *concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Villavicencio, departamento de Meta; el día nueve (09) de Abril de (2021).

Javier Alonso Arango Pardo
Rector UVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MD SECRETARÍA GENERAL MINUTO DE DIOS

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-13
Fecha de vencimiento: 2028-05-13

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-11
Fecha de vencimiento: 2028-05-11

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-09
Fecha de vencimiento: 2028-05-09

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-07
Fecha de vencimiento: 2028-05-07

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-05
Fecha de vencimiento: 2028-05-05

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-03
Fecha de vencimiento: 2028-05-03

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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

Hace Constar que:

Linda Caterine Bernal López

CC 1121894489 de Villavicencio - Meta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-29
Fecha de vencimiento: 2028-04-29

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

68a4e6e2-c53c-4b13-bfbe-0895ac1f0ba1

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Linda caterine Bernal López

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

19 de agosto de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68a4e6e2-c53c-4b13-bfbe-0895ac1f0ba1

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
EDUCACIÓN de calidad al alcance de todos

Rectoría UNIMINUTO
Bogotá VIRTUAL y Distancia

la rectoría uniminuto bogotá
virtual y distancia

Hace constar que:

Linda Caterine Bernal López

C.C. 1.121.894.489

Aprobó el diplomado en

METODOLOGÍAS CRÍTICAS Y PARTICIPATIVAS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL Y COMUNITARIO

Realizado del 18 de agosto al 5 de diciembre de 2020, con una duración de 384 horas, equivalentes a 8 créditos.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes de abril de dos mil veintiuno (2021)

Javier Alonso Arango
Rector

Amparo CubillosFlórez
Vicerrectora Académica y de
Asuntos Estudiantiles

Manolo Chaves Barco
Secretario de Sede

Libro 008 - 2021, Folio 577 EC-UVD
Personería Jurídica: otorgada por la Resolución Nº 10345 del 1 de agosto de 1990. MEN y código SNIES 2829

FunGonzález

IV Jornada Caribeña de Psicología de la Sexualidad

La Fundación José Manuel González

CERTIFICA QUE

Linda Caterine Bernal López

CC 1.121.894.489

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN LA

IV JORNADA CARIBEÑA DE PSICOLOGIA DE LA SEXUALIDAD,

CON UNA INTENSIDAD DE 10 HORAS

José M. González

Mg. José Manuel González, Director científico

Barranquilla, 15 de septiembre 2022

Ciudad y fecha

Registro: 2022027

EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS - COLPSIC

Capítulo Bogotá y Cundinamarca

CERTIFICA QUE:

LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ
C.C. No. 1.121.894.489

PARTICIPÓ EN CALIDAD DE ASISTENTE EN EL DIPLOMADO: "PSICOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD"

Realizado desde el 11 de julio hasta el 15 de octubre del año 2022 bajo modalidad sincrónica.

Ever José López Cantero
Presidente Capitulo Bogotá y Cundinamarca

Maryi Andrea Rincón Araque
Representante de campo Psicología de la sexualidad

EN CONSTANCIA SE FIRMA A LOS DEICIOCHO (18) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2022

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ

C.C 1.121.894.489

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 23 de marzo 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769497174000

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

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ

C.C 1.121.894.489

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 23 de marzo 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7694971743161

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

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ

C.C 1.121.894.489

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

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 23 de marzo 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769497174206

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ

C.C 1.121.894.489

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 23 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769497234000

EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.121.894.489** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos***:***

Objeto del Contrato: *PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0113**
Plazo De Ejecución:	03 de enero al 30 de abril
Dos meses de adición:	01 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1483**
Plazo De Ejecución:	08 de julio al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0929**
Plazo De Ejecución:	09 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1531**
Plazo De Ejecución:	16 de julio al 31 de octubre
Dos meses de adición:	01 de noviembre al 31 de diciembre

Año 2023

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0078**
Plazo De Ejecución:	05 de enero al 28 de febrero
Contrato Prestación de Servicios N°:	**0691**
Plazo De Ejecución:	02 de marzo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1237**
Plazo De Ejecución:	11 de julio al 31 de agosto

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS DE LA E.S.E

Contrato Prestación de Servicios N°:	**2003**
Plazo De Ejecución:	08 de septiembre al 14 de diciembre

Año 2022

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0909**
Plazo De Ejecución:	02 de mayo al 31 de julio
Un mes de adición:	01 de agosto al 31 de agosto
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1223**
Plazo De Ejecución:	06 de septiembre al 30 de noviembre

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados, **LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ** cumplió las siguientes actividades específicas:

1. Prestar servicios de salud para consulta Externa, hospitalización y urgencias en el área de salud mental.
2. Brindar apoyo psicológico a usuarios y familiares contribuyendo a la reducción de riesgos psicosociales.
3. Ejercer coordinación con entidades de bienestar social cuando lo requiera la atención de los usuarios.
4. Apoyar los programas de detección temprana y protección específica adelantados por la Empresa Social del Estado.
5. Participación activa en las actividades de educación y capacitación de la entidad.
6. Realizar intervenciones psicoterapéuticas a los usuarios y llevarlos a buen término, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos que apuntan a mejorar la calidad de vida de los usuarios ya sea de forma laboral, familiar y social.
7. Remitir al usuario en salud mental a un nivel tratante superior mediante el sistema de referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.
8. Participar en las acciones del plan de vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo psicosocial para la población.
9. Participar en las actividades de la red de Salud Mental con el fin de revisar y actualizar políticas en salud mental y el cumplimiento del plan de acción de la entidad acorde con dichas políticas.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 19 días del mes de diciembre del 2025, a solicitud de la interesada.



OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
JEFE OFICINA JURÍDICA DE LA E.S.E

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS DE LA E.S.E

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971250106

(415)7707212489984(8020) 000001497125010 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 9 4 4 8 9	3	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño 4 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 1 8 9 4 4 8 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	LOPEZ	LINDA	CATERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Puerto Carreño 0 0 1

41. Dirección principal
MZ D CA SANTA HELENITA

42. Correo electrónico catebernal92@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-01-10 / 11:43:50AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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.
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	**LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ**			CC	**1.121.894.489**
DIRECCION	**BARRIO GABRIEL ROBLEDO**	CIUDAD	**PUERTO CARRE¥O, VICHADA**	TELEFONO	**3145947705**
ASEGURADO	**LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ**			CC	**1.121.894.489**
DIRECCION	**BARRIO GABRIEL ROBLEDO**	CIUDAD	**PUERTO CARRE¥O, VICHADA**	TELEFONO	**3145947705**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY**			SI	

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)
15 / 07 / 2026	**08 / 07 / 2026**	**08 / 07 / 2027**	**08 / 07 / 2026**	**08 / 07 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
OMEGA AGENCIA DE SEGUROS LIMITADA	18520	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PSICOLOGÍA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 90,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 90,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 18,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 9,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,000,000.00	PRIMA:	$ **********112,094.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********21,297.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********133,391.00

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: CARRERA 38 NO. 33 - 45/49, TELÉFONO 6623707 - VILLAVICENCIO

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

REFERENCIA PAGO:

1100610455156-4

(415)7709998021167(8020)11006104551564(3900)000000133391(96)20260822

30-03-101004385

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

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.
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

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)
15 / 07 / 2026	08 / 07 / 2026	08 / 07 / 2027	08 / 07 / 2026	08 / 07 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
OMEGA AGENCIA DE SEGUROS LIMITADA CLIENTE	18520	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ ********90,000,000.00	PRIMA:	$ **********112,094.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********21,297.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********133,391.00

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.

CARRERA 38 NO. 33 - 45/49, TELÉFONO 6623707 - VILLAVICENCIO

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11006104551564(3900)000000133391(96)20260822

REFERENCIA PAGO:
1100610455156-4

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.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ CC 1.121.894.489
ASEGURADO: LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ CC 1.121.894.489
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
UBICACION CONSULTORIO: NO TIENE CONSULTORIO
VIGENCIA: 08/07/2026 AL 08/07/2027
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- D00I
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-01
PROFESION DE LA SALUD ASEGURADA: PSICOLOGIA
LIMITE ASEGURADO: $90.000.000
LA SUMA ASEGURADA ES UN LIMITE 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: $ 133.392
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.

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.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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:
$9.000.000

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 $90.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS: $90.000.000
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: $90.000.000
GASTOS DE DEFENSA LIMITE POR:
EVENTO $9.000.000
VIGENCIA $18.000.000
DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10%
DEMAS AMPAROS 10% - MIN 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.

3.RESPONSABILIDAD DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD TALENTO HUMANO EN SALUD, POR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS EN EL CONSULTORIO EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO. O O

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO Y/O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICIAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:
I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.
III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.
IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACION, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECIFICA.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE.
12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ, SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS. EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA. ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL O TALENTO HUMANO DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.
16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE LA SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN
17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.
18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY. EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGURESTADO RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN EL RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS Y HORAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y LOS DENOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD), SALVO CUANDO EXISTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE CONSTITUIDA, PARA PRESTAR SERVICIOS DE PHD O DE SHEC, QUE TENGA HABILITADOS DICHOS SERVICIOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

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.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA
36. ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O POR ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.
48. HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.
50.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.
51.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.
52.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
53.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD
54.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
55.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.
EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:
56.CUANDO NO SE LLEVE UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
57.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR: A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES. B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO
58.EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.
59.SE EXCLUYEN LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 Y LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.
60.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.
61.SE EXCLUYE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.
62.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.
63.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

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.
VILLAVICENCIO	ANEXO DE RENOVACION	30-03-101004385	2

TOMADOR	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
ASEGURADO	LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ			CC	1.121.894.489
DIRECCION	BARRIO GABRIEL ROBLEDO	CIUDAD	PUERTO CARRE¥O, VICHADA	TELEFONO	3145947705
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

64.SE EXCLUYE EL CYBER EDGE O RIESGO CIBERNETICO: EXCLUSION DE PERDIDA DE DATOS Y CYBER LIABILITY: ESTA POLIZA EXCLUYE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, DAÑO O GASTO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE ACCESO NO AUTORIZADO, USO, IMPEDIMENTO DE USO, ERROR O FALLO DE PROGRAMACION, USO MALICIOSO, INFECCION POR PROGRAMAS MALICIOSOS O VIRUS, EXTORSION, DESTRUCCION, INTERFERENCIA O IMPEDIMENTO DE ACCESO A DATOS O SISTEMAS INFORMATICOS DE PROPIEDAD O NO DEL ASEGURADO. SE EXCLUYEN TAMBIEN PERDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES O RECLAMACIONES DERIVADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MODIFICACION, CORRUPCION, PERDIDA, DESTRUCCION, ROBO, USO INDEBIDO, ACCESO NO AUTORIZADO, PROCESAMIENTO ILEGAL O NO AUTORIZADO O REVELACION DE DATOS, DESTRUCCION O ROBO DE CUALQUIER COMPUTADORA O APARATO ELECTRONICO O ACCESORIO QUE CONTENGA DATOS. DATOS SIGNIFICA CUALQUIER TIPO DE INFORMACION PERSONAL O CORPORATIVA EN CUALQUIER FORMATO O SOPORTE.
65.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: EL ASEGURADOR NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:
A. UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O
B. LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O
3. EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:
A. FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;
B. DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O
C. FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.
PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:
1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;
2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA;

AMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
LEGISLACION APLICABLE: COLOMBIA
CONDICIONES ADICIONALES:
FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A:
-CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTRATE POLIZAS CON EL PROPOSITO DE RESPALDAR UN CONTRATO EN PARTICULAR, ES ENTENDIDO QUE NO SE ACUMULA EL VALOR ASEGURADO CON OTRAS POLIZAS VIGENTES CON SEGUROS DEL ESTADO, SUSCRITAS PARA EL MISMO TIPO DE RIESGO, EN CONSECUENCIA, OPERAN EN FORMA INDEPENDIENTE Y TAMPOCO OPERAN POR CAPAS O EXCESOS DE UNAS U OTRAS.
- NO RENOVACION TACITA O AUTOMATICA: LA POLIZA NO SERA RENOVADA AUTOMATICAMENTE, SINO QUE, PARA EFECTOS DE SU RENOVACION, EL ASEGURADO DEBERA SOLICITAR LA RENOVACION CON 30 DIAS CALENDARIO DE ANTICIPACION AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ANUALIZADA, Y DILIGENCIAR UNA NUEVA SOLICITUD CON SUS CORRESPONDIENTES ANEXOS, SEGURESTADO PRESENTARA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ACUERDO CON LA EVALUACION DEL RIESGO QUE SE EFECTUE.
- NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO

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 21:58:13 horas del 16/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121894489,** Apellidos y Nombres **BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital departamental san juan de dios** , con NIT **842000004-4** 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.

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 lunes 16 de noviembre de 2026, a las 22:01:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121894489
Código de Verificación	1121894489261116220128

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

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

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306567674

PIB
22:05:29

Bogotá DC, 16 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121894489:

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 10:06:51 PM horas del 16/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1121894489**

Apellidos y Nombres: **BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE**

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.

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

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, 16/11/2026 10:08:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121894489** y Nombre: **LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ.**

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. **151693773** . 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

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 1121894489 **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 16/11/2026 10:10 PM

Código Verificación: **LSK1ZJ82Q4**

Válida hasta: **17/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE AFILIACION DE PROTEGER EPS

Se certifica que BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1121894489 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1121894489
NOMBRES Y APELLIDOS:	BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE
TIPO DE AFILIADO:	COTIZANTE
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A PROTEGER EPS:	10/11/2017
FECHA RETIRO PROTEGER EPS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
GRUPO POBLACIONAL:	POBLACIÓN CON SISBEN
NIVEL:	1
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	VILLAVICENCIO / META

SUBGERENTE NACIONAL DE OPERACIONES
Fecha de generacion: 16/11/2026
Codigo de verificacion: AFCS202200001562549
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE** identificado(a) con **CC** número **1.121.894.489** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de octubre de 2014 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de noviembre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

Dra. Jazmin Rodriguez
Medicina general
Especialidad en Seguridad y Salud en el Trabajo
NIT 1127385841-1

Dirección: Cra. 7 No. 19-78 Arturo Bueno.
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel: 320 832 9293
E-mail: gissrodriguez22@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1,976

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	**03** MES	**2026** AÑO	**PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA)** Ciudad	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE	FEMENINO	33 AÑOS 10 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1121894489 (Número)

Cargo

PSICOLOGA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**NO REFIERE**	**NO REFIERE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

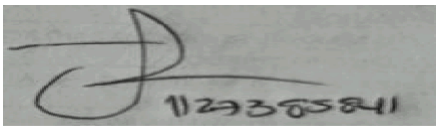
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL ✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP : SEGUN EL CARGO	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA ANUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : SEGUN RIESGOS LABORALES	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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

Médico



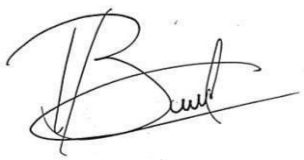
Firma:

Nombre: CC: 1127385841 - JAZMIN GISELA RODRIGUEZ

R. M.: 1127385841 **L.S.O.:** 006-022024

Código de Seguridad
V1573B1H1976

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BERNAL LOPEZ LINDA CATERINE

CC: 1121894489

Certificación

Bancaria

Lunes, 16 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LINDA CATERINE BERNAL LOPEZ identificado(a) con CC 1121894489, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	05719147099	2021-03-01	Activo	****

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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

Puerto Carreño Vichada, 16 de Noviembre -2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, Linda Caterine Bernal López, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nª 1.121.894.489 expedida en la ciudad de Villavicencio, en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Atentamente,



C.C. 1.121.894.489

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión

Yo, Linda Caterine Bernal Lopez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.894.489, expedida en Villavicencio- Meta, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: 

Nombre: Linda Caterine Bernal Lopez

Identificación:1.121.894.489

Fecha: 16 de Noviembre - 2026

	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS **PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO** **REQUISITOS Y ORDEN DE ENTREGA HOJAS DE VIDA** **PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL**	Versión: 7 Código: GTH-FT- 39 Fechas: 19/06/2026

Unidad Administrativa	Oficina Jurídica		
Serie Documental	Contratos		
Subserie	Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión	**Área:**	
Nombre de la Carpeta	Linda Caterine Bernal Lopez	**Fecha**	16 - nov / 2026

No.	DETALLE	APLICA		Fecha de Verificacion de Documento / Codigo de Verificacion	No. Folios
		SI	NO		
1	Necesidad.		X		
2	Solicitud y Certificación de Inclusión al PAA.		X		
3	Solicitud y Certificación de Talento Humano de Inexistencia del Cargo.		X		
4	Solicitud y Certificación de Disponibilidad Presupuestal.		X		
5	Estudios Previos.		X		
6	Invitación a Presentar Propuesta		X		
7	Propuesta para Contrato de Prestación de Servicios.	X			
8	Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).	X			
9	Declaración de Bienes y Rentas, Declaracion de conflicto de intereses, Persona expuesta politicamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019	X			
10	Certificación Bajo Gravedad de Juramento.	X			
11	Fotocopia del Documento de Identidad.	X			
12	Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.	X			
13	RETHUS (Personal Asistencial).	X			
14	Certificado de la Situación Militar (Hombres).		X		
15	Licencia de Conducción Vigente (Conductores Ambulancia).		X		
16	Titulo Profesional Y/O Acta de Grado (Resolución de Convalidación - Extranjeros).	X			
17	Título y/o Acta de Grado. (Bachillerato - Carrera Técnica - Pofesional .- Post-Grado).	X			
18	Soporte Estudios Diferentes del Numeral 16 y 17.	X			
19	Certificación de Otros Cursos Realizados.	X			
20	Certificado cursos - MIPG -(Modulo Fundamentos Generales MIPG; los 8 modulos del MIPG; Modulo Auditoria MIPG); Integridad - Transparencia y lucha contra la corrupción (Función Pública).	X			
21	Certificado Laboral (Experiencia).	X			
22	Rut (Vigente).	X			
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).	X			
24	Cetificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).	X			
25	Certificado de Antecedentes Contraloria (Fiscales) - (Vigente).	X			
26	Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).	X			
27	Certificado de Antecedentes Policia (Penales) - (Vigente).	X			
28	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).	X			
29	Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).	X			
30	Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).	X			
31	Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).	X			
32	Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).	X			
33	Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).	X			
34	Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)	X			
35	Autorización de tratamiento de datos personales	X			
36	Certificado de Idoneidad.		X		
37	Contrato - Condiciones Anexas.		X		
38	Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).				
39	Soporte de inicio en la plataforma Secop II		X		
40	Acta de Modificación (Adición - Prórroga - Aclaración -. Suspención - Reinicio - Terminación anticipada - Otro Si).		X		
41	Cuenta de Cobro (Certificado unico de pago, Informe Contratista, Soporte Pago PILA, Comprobante de Egreso, Comprobante de Pago).		X		

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA
PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO

CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL

PSICÓLOGO

Versión: 5
Código: GTH-FT-64
Fechas: 27/08/2025

Nombre del Postulante:	Linda Caterine Bernal Lopez			**Contacto:**	3145947705
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1.121.894.489	
Profesión / Oficio:	psicologa			**Municipio:**	Pto. Carreño
Correo Eléctronico	catebernal92@gmail.com			**Fecha**	**16-nov-26**
Cargo Al Que Se Postula:	psicologa			**Área:**	Asistencial

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	X
2	CERTIFICADO EN ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	X
3	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	X
4	CURSO ACOMPAÑAMIENTO Y MANEJO DEL DUELO	Decreto 3100 de2019	X
5	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	X
6	CURSO DE ATENCION INTEGRAL Y ASESORIA PARA INTERRUPCION DEL EMBARAZO	Sentencia C-355 de 2006	X
7	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2019	X
8	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	X
	VACUNAS		
1	COVID 19		X
2	FIEBRE AMARILLA		X
3	TOXOIDE TETANICO		X
4	HEPATITIS B		X
5	INFLUENZA		X

Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Linda Caterine

Apellidos: Bernal Lopez

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

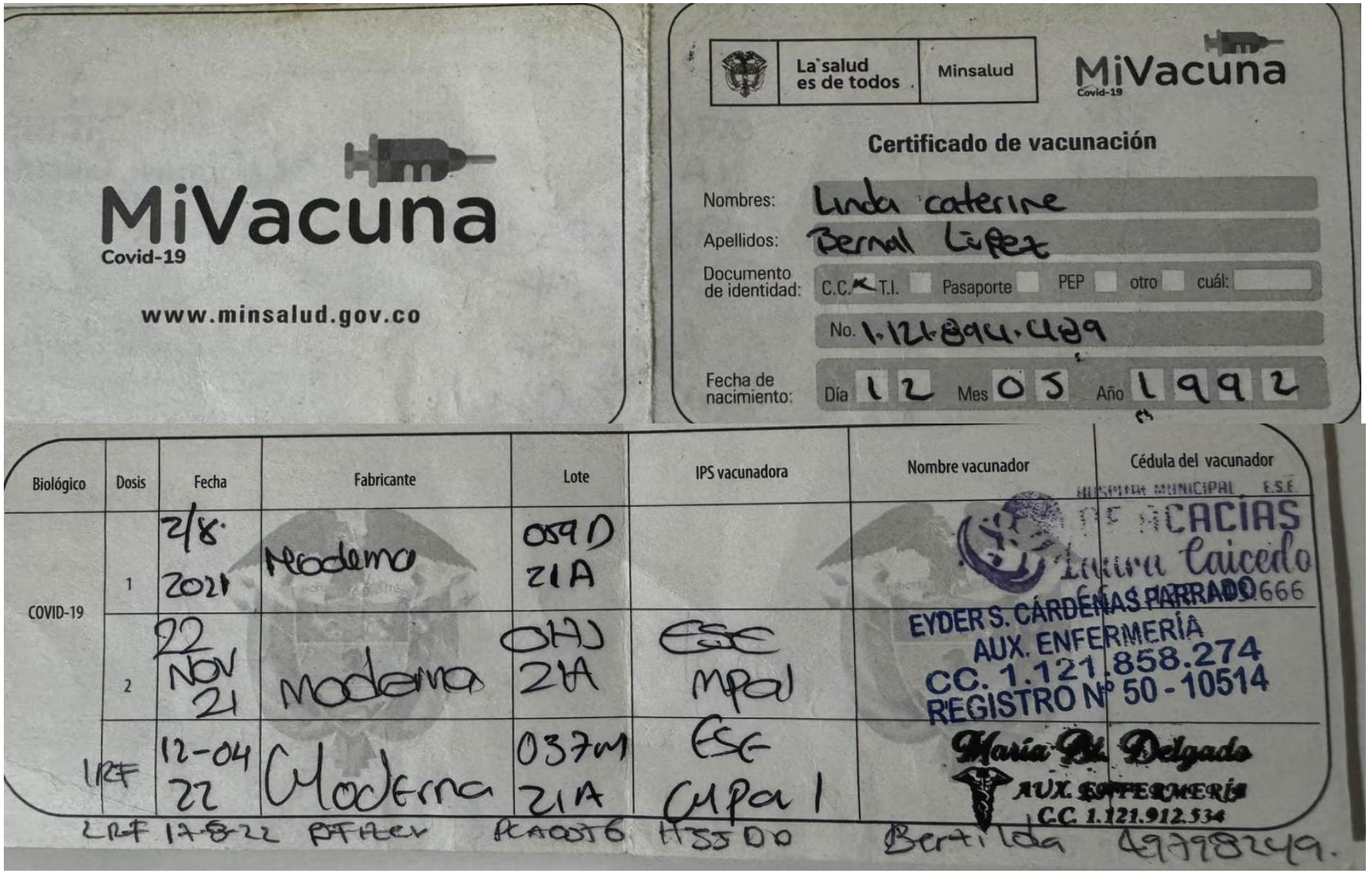
Número de documento: 1 1 2 1 8 9 4 4 8 9

Fecha de nacimiento: Día 1 2 Mes 0 5 Año 1 9 9 2

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	07-11-12	012N1015	Liliana
Fiebre Amarilla	Única	07-11-12	H5402	Andrade
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	08-11-12	024B10071D	Liliana Andrade
	5	21-05-19	221502016B	Liliana Andrade
TdaP acelular	1	20-10-23	C5898BC	Alejandra
	2			
Hepatitis B	1	18-06-24	UVX28033A	wilson M
	2	08-11-24	UVX28033A	Esteban P
	3	17-12-24	UVX28033A	Esteban P

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	18-06-24	US0524003	wilson M
	Anual	3005-25	US028003	Yamile A.
Covid 19	Influenza-A	05-08-26	VS052600	Alejandra O
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
VACUNACIÓN
ESA SOCIAL DEL ESTADO



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Linda caterine

Apellidos: Bernal Lopez

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 1.121.894.489

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 05 Año 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	2/8/2021	Moderna	059D 21A		HOSPITAL MUNICIPAL E.S.E. DE NACIAS Laura Caicedo ENFERMERA JEFE 666	
	2	22 NOV 21	Moderna	OHJ 21A	ESE MPal	EYDER S. CÁRDENAS PARRADO AUX. ENFERMERÍA CC. 1.121.858.274 REGISTRO Nº 50-10514	
IRF		12-04 22	Moderna	037M 21A	ESE CMPal 1	María B. Delgado AUX. ENFERMERÍA CC 1.121.912.534	

IRF 17-8-22 PFIZER PEA0076 HSSDO Bertilda 49798249.