FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: Santa Marta, 06/05/2019
Nombres y Apellidos: SHEILA TORRES EUSSE
Cédula de Ciudadanía: 40.926.502 de Riohacha
Fecha de Nacimiento: 7/11/1973 Nacionalidad: Colombiana
Estudios: Especialista en Rehabilitación Oral – Fundación Universitaria San Martin
No. Registro o Tarjeta profesional: 348-98
Tiempo de Experiencia: 6 años
CARGO: Rehabilitador Oral.
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 5 años

Nombre de la empresa: CLINIC SMILE S.A.S.

Nit de la empresa: 900262420-9

Representante legal: SANDRA PATRICIA LINERO ROA

No. Cedula representante legal: 52.377.241

Sheila Torres Eusse

Dirección: Clle8 #8-38 Cel. 316-4535385
sheilaeusse@hotmail.com
Riohacha-La Guajira

DATOS PERSONALES

LUGAR DE NACIMIENTO	:	Sanjuán del Cesar - La Guajira
FECHA DE NACIMIENTO	:	7 de Noviembre-1973
CÉDULA DE CIUDADANÍA	:	40.926.502 de Riohacha
ESTADO CIVIL	:	Unión Libre

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIA:
Colegio Sagrada Familia
Bachiller Académico
Barranquilla

EDUCACIÓN SUPERIOR :
Universidad Metropolitana
Odontólogo
1997

ESPECIALIDAD:
Rehabilitación Oral
Fundación Universitaria San Martin
2012

OTROS :
Congreso Internacional Sobre Rehabilitación
Oral y Cirugía Maxilofacial F.O.C. S.A-A.S.O.J.A
Barraquilla
Seminario Internacional Integral Para la Atención Prenatal
Universidad Metropolitana-Barranquilla

IX Curso de Actualización A.S.O.E.C.U.M y al Tercer
Congreso Odontológico
Universidad Metropolitana- Barranquilla
Curso de Actualización en Periodoncia
Universidad Metropolitana-Barranquilla
Diplomado en Auditoría y Control de Calidad enSalud Oral
Universidad Metropolitana-Barranquilla
Auditoria de los Servicios de Salud
Universidad Metropolitana- Barranquilla
I encuentro de Odontólogos del Caribe "planificando el futuro".

Riohacha- La Guajira.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.926.502
TORRES EUSSE
APELLIDOS
SHEILA YELENNYS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1973
SAN JUAN DEL CESAR
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
09-MAR-1992 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4800100-00172907-F-0040926502-20090826 0015414003A 1 30583092

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de ODONTOLOGIA

CODIGO: O-45-1364-97

SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE
Otorgada a: C.C. No. 40.926.502 de Riohacha -La Guaj.

En Barranquilla a los 17 dias del mes de enero de 1997 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Décano de División, Directores de programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Optometría, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado Académico.
Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice asi:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDAS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,

LE OTORGA EL TITULO DE:

ODONTOLOGO

EN CONSTANCIA DE ELLOS SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 17 *días del mes de* enero *de* 1997.

La presente copia (FOTOCOPIA), corresponde con el ORIGINAL que he tenido a la vista.
Barranquilla 24 ENE. 1997
CECILIA MARIA MERCADO NOGUERA
NOTARIA NOVENA
CIRCULO DE BARRANQUILLA

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESUS SAEZ DE IBARRA G.
Vicerector

EVARISTO TINOCO PADILLA
Director del Programa de Odontologia

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA NOVENA
ORLANDO ESCOBAR ANAYA
NOTARIO (E)
CIRCULO DE BARRANQUILLA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO EN REHABILITACION ORAL INTEGRAL
Sede Puerto Colombia
CÓDIGO SNIES 7338
REGISTRO CALIFICADO Resolución M.E.N. No. 6584 del 30 de Octubre de 2007

ACTA DE GRADO N° 1625

En la ciudad de Barranquilla, el día seis (06) del mes de Julio del año dos mil doce (2.012), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Odontología; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad, según consta en el acta de graduación No. 086 del día 20 de Junio del año 2.012 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL INTEGRAL

A:

SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 40926502

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 28175 con Número de Registro 20975 anotado al Folio 146 del Libro 05 de fecha seis (06) de Julio del año dos mil doce (2.012), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de Julio del año dos mil doce (2.012).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
RECTOR

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de Julio del año dos mil doce (2.012).

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
SECRETARIO GENERAL

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Mushaisa	26	4032	54039038	6154039038003

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A NIT. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, NIT. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f)acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

OBSERVACIONES:
renovacion masiva..

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:** Mensual	**VALOR IVA VIGENCIA:** $ 47.680	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 298.625
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA** $ 0 **PRIMER MES CON IVA:**		**PRIMA MENSUAL CON IVA:** $ 99.542

USUARIO: Carlos Guillermo Molina Gonzalez **CANAL:** DIRECTO BARRA COMERCIAL **PROCEDENCIA:** ASOCIADO **PROMOTOR:** Migracion

FECHA IMPRESIÓN: 06/09/2017 **REGIONAL:** Regional Caribe **ZONA CIUDAD:** Nacional **OFICINA:** Oficina Mushaisa

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/Responsabilidad civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escribanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - 26/11/2016-1333-P-06-RCPM VERSIÓN NOVIEMBRE DE 2016.

DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail defensor_consumidor_financiero@libertycolombia.com, Tel 3103300 Ext 1201 en Bogotá

NOTIFICACIONES: SUCURSAL CALI CALLE 23 NORTE No. 4N – 50 PISO 3 TELÉFONO 660-30-60

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Mushaisa	26	4032	54039038	6154039038003

Liberty Seguros S.A.

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA			Ident. / T.I.	890300625 NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE			Ident. / T.I.	40926502 CC
Asegurado:	SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE			Ident. / T.I.	40926502 CC
Teléfono Asegurado:	7273568	Correo Electrónico:	sheilaeusse@hotmail.com		
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1 CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2017	Hasta 00:00	31/07/2018	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2017	Hasta 00:00	31/07/2018

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CL 8 NO. 8 - 32				
Ciudad:	MUSHAISA	Departamento:	LA GUAJIRA	Teléfono:	7273568
Nombre:	SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE			Ident.	40926502
Especialidad:	ECOCARDIOGRAFÍA, ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA, ODONTOPEDIATRIA, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES BUCO MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, ODONTOLOGÍA LEGAL, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR, PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL, AUXILIAR DE URGENCIAS MEDICAS, ODONTOLOGÍA				

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 170.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $50'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $15'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I	NUM. DE IDENTIF.
SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE	CC	40926502

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CONTACTO COOMEVA:

En caso de tener inquietudes por favor infórmenos ingresando a www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la *última* renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales *de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las* autoridades lo establezcan.

Resultado General -2019-05-06--9:32:37 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	40926502	SHEILA	YELENNYS	TORRES	EUSSE	Ver

Información Detallada [CC: 40926502] SHEILA YELENNYS TORRES EUSSE

2019-05-06--9:32:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN REHABILITACION ORAL INTEGRAL	2012-07-06	Colegio Colombiano de Odontologos
UNV	Local	ODONTOLOGIA	1998-05-05	Colegio Colombiano de Odontologos

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).