

ALEXANDRA FORERO MOLA
MEDICO
EGRESADA DE UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN CALLE 11 # 14-65 GUAYACANES
CELULAR: 3043416686
CORREO ALEX5528@HOTMAIL.COM
PLATO MAGDALENA

**PROPUESTA TECNICA Y ECONOIMICA PARA LA PRESTACION DE SERVICIO COMO MEDICO
GENERAL EN LA E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON PLATO MAGDALENA.**

Teniendo en cuenta mi perfil como **Medico general** comprometido en las actividades que me competen como profesional de la salud, conocedor de los valores que debe tener todo servidor público como son: honestidad, actuó siempre con fundamento en la verdad cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud; respeto, reconozco y valoro y trato de manera digna a todas las personas compromiso soy consciente de la importancia del servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con que me relaciono en mis actividades cotidianas diligencias, cumplo con mis deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con la atención prontitud, eficacia y eficiencia, para optimizar el uso de los recursos del estado; justicia, actuó con imparcialidad garantizando los derechos de las personas con equidad, igualdad y sin discriminación.

Cuento con 8 años de experiencia como médico general en los sitios en los que he desempeñado mis actividades se me reconoce por mi idoneidad profesional, persona juiciosa en mis responsabilidades profesionales y ecuánime en mis decisiones a favor de mis servicios profesionales.

Estoy en disposición en cubrir 30 días en el servicio o área de la institución que se considere sea necesario.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alexandra Forero Mola', written over a horizontal line.

ALEXANDRA FORERO MOLA
MEDICO



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FORERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MOLA	NOMBRES ALEXANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No <u>1081916968</u>	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>05</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1990</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u> MUNICIPIO <u>PLATO</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 11 N ? 14 -65 CASA LOS GUAYACANES PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>MAGDALENA</u> MUNICIPIO <u>PLATO</u> TELÉFONO <u>3043416686</u> EMAIL <u>alexa5528@hotmail.com</u>	

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA 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	12	X			12	2015	

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)

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2025	Día	30	Mes	06	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 123/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																			
DEPARTAMENTO MAGDALENA				MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																	
TELÉFONOS 4580633				FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
				Día		01		Mes		02		Año		2025		Día		31		Mes		03		Año		2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA				DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15																	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2025	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 123/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	31	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA HOSPITALIZADOS Y URGENCIA						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4850633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	03	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	28	Mes	02	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	01	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS,HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 15 10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4850633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2022	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4580633		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2022	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14 10 15					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3043416686			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2022	Día	30	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA AMBULANCIA Y URGENCIA					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4850633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4580633			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 14 10 15						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	28	Mes	02	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14N ° 10 -15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14N ° 10 -15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIA						DIRECCIÓN CARRERA 14 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIA						DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	09	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN CALLE 14N 10 15 BARRRIO JUAN XXIII					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA DE LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2021	Día	31	Mes	05	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2021	Día	30	Mes	04	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIA						DIRECCIÓN CALLE 14N 10 15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2021	Día	28	Mes	02	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852033			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2020	Día	30	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3043416686			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	30	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4851016			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN via 14 carretera los contenedores						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4852033			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2020	Día	31	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO PLATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN VIA 14CARRETERA LOS CONTENEDORES						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIA						DIRECCIÓN via 14 carretera los contenedores					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2020	Día	31	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	03	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ASISTENCIAL						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4852033		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	02	Año	2020	Día	29	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN via 14 carretera los contenedores					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	06	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	31	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	02	Mes	01	Año	2019	Día	31	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	12	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LPS CONTENEDORES					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2018	Día	30	Mes	11	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	10	Año	2018	Día	31	Mes	10	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2018	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO PLATO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 4851016		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	07	Año	2018	Día	31	Mes	07	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN VIA 14 CARRETERA LOS CONTENEDORES					

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Plato magdalena 19-junio-2025

Alexandra Forero Mola

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:41:25 PM horas del 19/06/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1081916968

Apellidos y Nombres: FORERO MOLA ALEXANDRA JULIETH

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-ato@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 19 de junio de 2025, a las 17:52:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081916968
Código de Verificación	1081916968250403175216

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
N o. 253173091**



PIB

16:09:57

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de junio del 2025

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) ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081916968:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

OLGA LUCÍA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **FORERO MOLA ALEXANDRA JULIETH** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1081916968** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**

IPS de atención: **CLINICA REGIONAL INMACULADA CONCEPCION IPS**

Categoría: **A**

Fecha de afiliación: **01/06/2020**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 19 de junio del 2025. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FORERO MOLA ALEXANDRA JULIETH** identificado(a) con **CC** número **1.081.916.968** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 02 de mayo de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de junio de 2025.

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 con úníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025040318301

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA** identificado con **CC No. 1081916968**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN - NI. 819001483	Fecha de inicio de cobertura: 02/04/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/04/2025 Fecha fin de Contrato: 30/06/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101478206.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

		Código: AG-G-01	
		Vigencia: 2022-2024	
SUBGERENCIA CIENTIFICA		NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601	
		Copia Controlada	
		Versión: 2	Página 1 de 1

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL					
NOMBRE COMPLETO		ALEXANDRA FORERO MOLA		TIPO ID	CC
NUMERO ID	1081916968	DIRECCIÓN:	CALLE 11 # 14-65 GUAYACANES		
CIUDAD:	PLATO	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAIS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR:	3043416686	OTRO:	
EMAIL:	ALEXA5528@HOTMAIL.COM				
¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: SI / NO		¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: SI / NO			
¿TIENE CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?: SI / NO					
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: SI /					
RAZÓN SOCIAL				NIT:	
DIRECCION: SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA					
CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAIS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		OTROS:		FAX:	
EMAIL:		CELULAR:		PÁGINA WEB	
CIUDADES			SUCURSALES:		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL					
NOMBRE DEL CONTRATISTA/REPRESENTANTE LEGAL				Documento de Identificación	
				Teléfono Directo	
				e-mail	
Es persona expuesta públicamente?		Si No			
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: SI / NO		IMPORTACIONES: SI / NO		EXPORTACIONES: SI / NO	
INVERSIONES: SI / NO		PRESTAMOS: SI / NO		¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: SI / NO	
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS					
Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio):					
EL ORIGEN DE LOS RECURSOS PROVIENEN DE MIS SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON.					
EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:					
DECLARACIONES					
Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.					
Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.					
Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:					
1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.					
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.					
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculadas para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.					
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.					
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.					
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo					

		Código: AG-G-01	
		Vigencia: 2022-2024	
SUBGERENCIA CIENTIFICA	NIT: 819001483-1 CODIGO DE PRESTADOR 475550010601	Copia Controlada	
		Versión: 2	Página 1 de 1

(amos) a mantener indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes legales, administradores y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo (nosotros) hubiéremos proporcionado.

9. Conforme al Art. 83 de la Constitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el presente formato son correctos y fiel expresión de la verdad.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo (amos) de manera voluntaria el uso y tratamiento de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo establecido en la LEY 1581 de 2012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

En constancia de haber leído, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los__ días, del mes de__del año 2025.



FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

PLATO MAGDALENA
CIUDAD Y FECHA

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: gerencia@hospitalfrayluis.gov.co

OBSERVACIONES



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 C C 1081916968 **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 19/06/2025 04:29 PM



Código Verificación: 9J7ZPVXGMN

Válida hasta: 20/09/2025

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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 17:56:48 horas del 19/06/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1081916968, Apellidos y Nombres FORERO MOLA ALEXANDRA JULIETH

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa ESE HOSPITAL FARY LUIS DE LEON, con NIT 819001483 -1 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/06/2025 06:54:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1081916968**.

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. **113782505**. 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 Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



**Dios y
Patria**

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



 GOV.CO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



NIT: 860.070.374-9

Página 1/1
PÓLIZA 802047333
CERTIFICADO RM24252
REFERENCIA PAGO 0900115958
ELECTRONICO DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 27 10 2023

TOMADOR		ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA		C.C. O NIT: 1081916968 1	
DIRECCIÓN: CL 11 14 65		CIUDAD: PLATO		TELÉFONO: 3043416686	
E-MAIL: ALEXA5528@HOTMAIL.COM		C.C. O NIT: 1081916968			
ASEGURADO: ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA		DIRECCIÓN: CL 11 14 65		CIUDAD: PLATO TEL. 3043416686	
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000			
DIRECCION:		CIUDAD:		TEL.	
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		PESOS	
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR	
DESDE 27 10 2023		HASTA 27 10 2024		ESTA MODIFICACIÓN	
				NUEVA 232,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
%PART 100.00 NOMBRE CENTAURY SEGUROS LTDA		COMPañIA		%	
				PRIMA	
				VALOR ASEGURADO	
				TRM:	
				PRIMA NETA PESOS 166,000 .00	
				CARGOS DE EMISIÓN PESOS 0.00	
				IVA PESOS 31,540.00	
				TOTAL 197,540.00	
AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	
		Desde 27-10-2023 Hasta 27-10-2024		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS				232,000,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia				46,400,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento				46,400,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia				46,400,000.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento				46,400,000.00	
				VALOR PRIMA EN PESOS	
				% 10 Mínimo 1,500,000.00	
				900,000.00	
				100,000.00	
				900,000.00	
				900,000.00	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZARLOSPERJUICIOSPATRIMONIALES(DAÑOEMERGENTELUCROCESANTE)DERIVADOSDELA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGURO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SUELO REFERENTE INCURRIERE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

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 DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y EL ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, 2) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE REGISTRA POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-00-09-03-RCME-D001 Nota Técnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMLPCM04



(415)770998911901(8020)0900115958

TOMADOR

SU-FO-10-01

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresión: Fri, 27 Oct 2023 17:41:01

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



NIT: 860.070.374-9

Página 1 / 1
PÓLIZA 802047333
CERTIFICADO RM24252
REFERENCIA PAGO 0900115958
ELECTRONICO DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 27 10 2023

TOMADOR		ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA				C.C. O NIT:		1081916968		1	
DIRECCIÓN:		CL 11 14 65				CIUDAD:		PLATO			
E-MAIL:		ALEXA5528@HOTMAIL.COM				TELÉFONO:		3043416686			
ASEGURADO:		ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA				C.C. O NIT:		1081916968			
DIRECCIÓN:		CL 11 14 65				CIUDAD:		PLATO		TEL. 3043416686	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS				C.C. O NIT:		0000000000			
DIRECCION:						CIUDAD:				TEL.	
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS							
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN		NUEVA			
DESDE 27 10 2023		HASTA 27 10 2024						232,000,000.00			
INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA					
%PART		NOMBRE		COMPañIA		%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00		CENTAURY SEGUROS LTDA							PRIMA NETA	PESOS	166,000 .00
									CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
									IVA	PESOS	31,540.00
									TOTAL		197,540.00
AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE				
		Desde	Hasta				%	Mínimo			
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		27-10-2023	27-10-2024	0.00	232,000,000.00	166,000.00	10	1,500,000.00			
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		27-10-2023	27-10-2024	0.00	46,400,000.00	0.00	10	900,000.00			
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		27-10-2023	27-10-2024	0.00	46,400,000.00	0.00	10	100,000.00			
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		27-10-2023	27-10-2024	0.00	46,400,000.00	0.00	10	900,000.00			
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		27-10-2023	27-10-2024	0.00	46,400,000.00	0.00	10	900,000.00			

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZARLO SPERJUICIO SPATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGURO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL NIUESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y EL ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, 2) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE REGISTRA POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-00-09-03-RCME-D001 Nota Técnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMLPCM04



(415)770998911901(8020)0900115958

TOMADOR

SU-FO-10-01

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - PRIMERA COPIA - GARANTIZADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresión: Fri, 27 Oct 2023 17:41:01

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



NIT: 860.070.374-9

Página 1 / 1

PÓLIZA
CERTIFICADO
REFERENCIA PAGO
ELECTRONICO
DD MM AAAA

802047333

RM24252

0900115958

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 27 10 2023

TOMADOR		ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA		C.C. O NIT: 1081916968		1	
DIRECCIÓN: CL 11 14 65		E-MAIL: ALEXA5528@HOTMAIL.COM		CIUDAD: PLATO		TELÉFONO: 3043416686	
ASEGURADO: ALEXANDRA JULIETH FORERO MOLA		C.C. O NIT: 1081916968		CIUDAD: PLATO		TEL. 3043416686	
DIRECCIÓN: CL 11 14 65		BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 0000000000		TEL.	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TEL.			
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		PESOS			
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR		NUEVA	
DESDE 27 10 2023		HASTA 27 10 2024				232,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART 100.00		NOMBRE CENTAURY SEGUROS LTDA		COMPañIA		%	
				PRIMA		VALOR ASEGURADO	
				TRM:		MONEDA	
				PRIMA NETA		VALORES	
				CARGOS DE EMISIÓN			
				IVA			
				TOTAL		197,540.00	
AMPAROS		VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS		VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	
		Desde		Hasta		VALOR PRIMA EN PESOS	
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		27-10-2023		27-10-2024		166,000.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		27-10-2023		27-10-2024		0.00	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		27-10-2023		27-10-2024		0.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		27-10-2023		27-10-2024		0.00	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		27-10-2023		27-10-2024		0.00	
						DEDUCIBLE	
						%	
						Mínimo	
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS		27-10-2023		27-10-2024		10	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia		27-10-2023		27-10-2024		10	
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento		27-10-2023		27-10-2024		10	
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia		27-10-2023		27-10-2024		10	
Gastos Judiciales de Defensa / Evento		27-10-2023		27-10-2024		10	

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZARLOSPERJUICIOSPATRIMONIALES(DAÑOEMERGENTELUCROCESANTE)DERIVADOSDELA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR LA SEGRADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL S INIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: B rote; Epidem ia; V irus; P andem ia y/ o E m ergencia P ublica declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESIO N: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

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 DE SEGURO.

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y EL ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, 11) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-00-09-03-RCME-D001 Nota Técnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMLPCM04



(415)7709998911901(8020)0900115958

TOMADOR

SU-FO-10-01

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Fri, 27 Oct 2023 17:41:02



802047333

RM24252

0900115958

DD MM AAAA

UBICACION: SANTA MARTA

USUARIO: YBARRETO.EXT

TIP CERTIFICADO: Nueva producción

FECHA EXPEDICION: 27 10 2023

OBJETO DE LA PÓLIZA:

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR

EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

*****NOTA**** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASSEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN. SOMOS GRUPOS CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.

ACTUALIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: 1) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900115958

TOMADOR

SJI-EQ-10-01

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia

Fecha de impresion: Fri, 27 Oct 2023 17:41:03

Sanic. Lucas L.

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 53.430.506

CC: 52.420.59

Referencia para pago electrónico:

0900115958

Nit: 1081916968 DV: 1

Tomador: ALEXANDRA JULIE TH FORERO MOLA

Póliza: 802047333

Certificado: RM 24252

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 197,540

FECHA DE

DD	MM	AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra página web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, registre con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE /tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movired

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TO TAL	



(415)7709998911901(8020)0900115958

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, registre con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- CLIENTE -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co

Referencia para pago electrónico:

0900115958

Nit: 1081916968 DV: 1

Tomador: ALEXANDRA JULIE TH FORERO MOLA

Póliza: 802047333

Certificado: RM 24252

UBICACION: SANTA MARTA

Valor Póliza:\$ 197,540

FECHA DE

DD	MM	AAAA

Canales de Pago:

- PSE en nuestra página web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, registre con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE /tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:

BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:

Corresponsales bancarios de Bancolombia

Grupo Éxito-Carulla

Surtimax

Olimpica

Movired

Grupo Gelsa

Corresponsal Daviplata-punto red

Otros consúltelos en nuestra página web.

Copidrogas

Red Cerca

EDEQ

Full recarga

CANTIDAD DE CHEQUES	COD. BANCO	CHEQUE No.	VALOR
☐			
		CHEQUES \$	
		EFFECTIVO \$	
		(*) TO TAL	



(415)7709998911901(8020)0900115958

IMPORTANTE:

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, registre con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.

- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.

- No se reciben pagos mixtos.

(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

- BANCO -

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co