



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pitre		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Moreno		NOMBRES Kerly Jhovelis	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1129581013		SEXO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 09 AÑO 1987 PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA MUNICIPIO RIOHACHA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 20 26B 28 CASA CONCORD PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO MUNICIPIO MALAMBO TELÉFONO 0000000 EMAIL kerjupimo20@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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	8	X		ENFERMERIA	11	2010	33159

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3930831		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	02	Mes	01	Año	2024	Día		Mes		Año					
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1958 1 2010 ENFERMERA		DEPENDENCIA AREA DE PROMOCION Y PREVENCIO						DIRECCIÓN CALLE 53 8 38									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	26	Mes	04	Año	2023	Día	25	Mes	12	Año	2023				
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR		DEPENDENCIA "AUDITORIA MEDICA"						DIRECCIÓN CALLE 34 43 31									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	02	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023				
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE		DEPENDENCIA AREA DE PROMOCION Y PREVENCION						DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3930831		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	01	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022				
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5		DEPENDENCIA PROMOCIION Y PREVENCION						DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA, PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA, PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	01	Mes	01	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA, PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTAS EXTERNAS PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTAS EXTERNAS PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA, PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3930831				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2014	Día	31	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA PYP				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3579466				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	01	Año	2013	Día	31	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5				DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA P Y P				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	06	Mes	09	Año	2012	Día	31	Mes	12	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA				DEPENDENCIA PROMOCION Y PREVENCION				DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	3
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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.129.581.013

Apellidos

PITRE MORENO

Nombres

KERLY JHOVELIS

Nacionalidad

COL

Estatura

1.54

Sexo

F

Fecha de nacimiento

20 SEPT 1987

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

RIOHACHA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición

29 SEPT 2005, BARRANQUILLA

Fecha de expiración

02 DIC 2032

Firma

Kerly Pitre Moreno



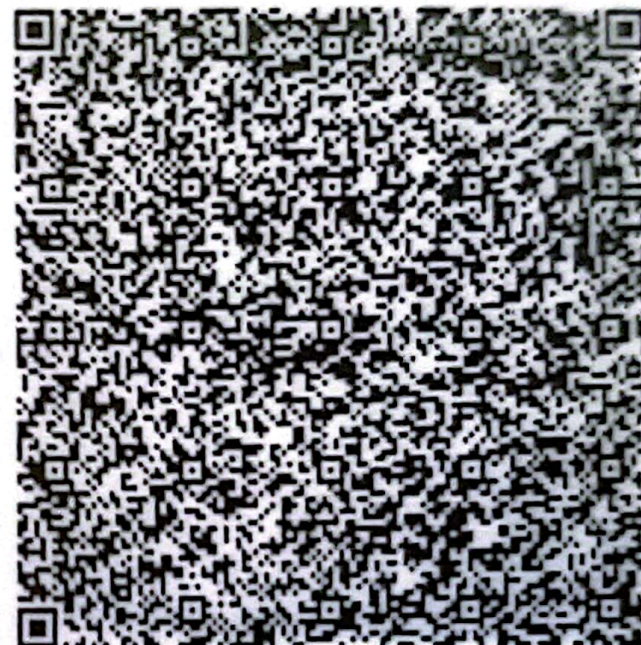
.CO

010069945



[Handwritten signature]

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL010069945003001<<<<<<<<<<
8709206F3212024COL1129581013<1
PITRE<MORENO<<KERLY<JHOVELIS<<



FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CIUDADELA
METROPOLITANA -
SOLEDAD

Período Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Kerly Jhovelis Pitre Moreno

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. T.I. No. 1129581013

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO
DIRECCIÓN: CALLE 20 26B 28 CASA CONCORDMUNICIPIO: MALAMBO
TELÉFONO: 3147355403 000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LEISMY CAROLINA RENGIFO PITRE	1043438302	HIJO(A)
EMANUEL ALBERTO RENGIFO PITRE	1046705308	HIJO(A)
FRANCISCO ALBERTO RENGIFO PITRE	1046709953	HIJO(A)
CARLOS ALBERTO RENGIFO COSSIO	71979943	COMPANERO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☒ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$28.800.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$28.800.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	029770021912	SOLEDAD	1.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	2.200.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN

CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad ☒ SI ☐ NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

CARLOS ALBERTO RENGIFO COSSIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ C.E. T.I.

N°

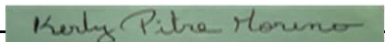
71979943

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA



SOLEDAD 01 DE ENERO 2025

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC

Firma Registrada(o)



NOMBRES KERLY JHOVELIS

APELLIDOS PITRE MORENO

C.C. 1.129.581.013 BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

RUM No. 33159

Fecha de Expedición 25/OCT/2012

Reintegro Carrallob

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta Tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con
la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46-21 Piso 2do. Bogotá D.C.

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KERLY JHOVELIS PITRE MORENO identificado(a) con CC 1129581013 registra La siguiente información:

2025-02-24--6:50:46 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2012-10-25		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2012-05-28	2113	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1129581013 **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 24/02/2025 07:31 AM



Código Verificación: **FTN9ZGED6Q**

Válida hasta: **25/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

3202244034

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000005105

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47**

COD. AGE: 320

RAMO: 89

PAP:

DIA MES AÑO
08 07 2024

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
08 07 2024 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
08 07 2025 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
09 07 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
08 07 2024 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
08 07 2025 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KERLY JHOVELIS PITRE MORENO**

IDENTIFICACIÓN: CC **1129.581.013**

DIRECCIÓN: KR 6 B SUR 46 B 61

CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO**

TÉLEFONO: 3147355403

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **KERLY JHOVELIS PITRE MORENO**

IDENTIFICACIÓN: CC **1129.581.013**

DIRECCIÓN: KR 6 B SUR 46 B 61

CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO**

TÉLEFONO: 3147355403

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLANTICO**

CIUDAD: **MALAMBO**

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LIMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
SUSTITUCION PROVISIONAL
GASTOS DE DEFENSA

\$ 50,000,000.00
50,000,000.00
50,000,000.00
50,000,000.00
50,000,000.00
5,000,000.00

0.00
0.00
0.00
0.00

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

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: PITRE MORENO, KERLY JHOVELIS
ASEGURADO: PITRE MORENO, KERLY JHOVELIS

BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.
PROFESION ASEGURADA: ENFERMERA

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****46,555	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****10,745	TOTAL A PAGAR: \$ *****67,300
---	---------------------------------------	---	-------------------------------	---

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE MEIDY JOHANNA YUN HERAZO	CLAVE 9679	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
------------------------------------	---------------	-----------------	-----------------	-------	-----------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000320224440

FIRMA TOMADOR

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

HLUENGAS 0

CDDA207A0D0BF87A5F

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000003904 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: KERLY JHOVELIS PITRE MORENO

IDENTIFICACIÓN: CC 1129.581.013

ASEGURADO: KERLY JHOVELIS PITRE MORENO

IDENTIFICACIÓN: CC 1129.581.013

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000.

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

" Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

" Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

" Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

"

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

" Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

" Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

" Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

DEDUCIBLES:

" Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización

" Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

" Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

" Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

" Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

" Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

" Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

" Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

" Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

" Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

" Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

" Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

" Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

" Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000003904 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: KERLY JHOVELIS PITRE MORENO

IDENTIFICACIÓN: CC 1129.581.013

ASEGURADO: KERLY JHOVELIS PITRE MORENO

IDENTIFICACIÓN: CC 1129.581.013

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

" Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

" Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

" Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: Colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.

" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.

" Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese**

03/10/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KERLY JHOVELIS PITRE MORENO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1129581013**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	029770021912
Fecha de apertura	15/09/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA