



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> Barrios		<b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b> Estrada			<b>NOMBRES</b> Lorenza	
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 32761353			<b>GENERO</b> F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		<b>NÚMERO</b> _____ <b>D.M.</b> _____				
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b>			<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b>			
FECHA DÍA <input type="text" value="08"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1967"/>			CARRERA 8A 53A 57 CASA CIUDEDELA METROPOLITANA			
PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/>			PAÍS <input type="text" value="COLOMBIA"/>		DEPTO <input type="text" value="ATLÁNTICO"/>	
DEPTO <input type="text" value="ATLÁNTICO"/>			MUNICIPIO <input type="text" value="SOLEDAD"/>			
MUNICIPIO <input type="text" value="BARRANQUILLA"/>			TELÉFONO <input type="text" value="3233002"/>		EMAIL <input type="text" value="lorenzabarriosestrada@gmail."/>	

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	1991
										<input checked="" type="checkbox"/>				

**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	4	X			11	1996	9602485

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
ESPAÑOL			X			X			X

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 GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307103			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	22	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA SALUD DEL ATLANTICO					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307100			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	01	Año	2022	Día	10	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA SALUD DEL ATLANTICO					DIRECCIÓN CALLE 40 45 46						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3307000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40 45 , Atlántico						
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	01	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CALLE 53 8A 10						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	04	Año	2014	Día	22	Mes	10	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	05	Mes	05	Año	2011	Día	31	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 33N 44 06						
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	01	Mes	02	Año	1993	Día	30	Mes	09	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILAIR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA DE URGENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 34 43 31						

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	16	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	6
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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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*



# DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BARRANQUILLA  
COLOMBIA,

2021/01/27

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LORENZA BARRIOS ESTRADA  
con Cédula de Ciudadanía número 32761353  
de BARRANQUILLA-ATLANTICO  
posee en el Banco Davivienda:

## CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	029700045189
Fecha Apertura	2017/06/13

Cordialmente,

Firma Autorizada  
BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS  
3202635847

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000009099 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47 COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS				
16	07	2025		14	07	2025	23:59	14	07	2026	23:59	365				16	07	2025	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN							
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL				A LAS				A LAS				DÍAS							
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION																			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
14	07	2025	23:59	14	07	2026	23:59	365							
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LORENZA BARRIOS ESTRADA IDENTIFICACIÓN: CC 32.761.353

DIRECCIÓN: CR 8A 53A 57 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 3233002

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: LORENZA BARRIOS ESTRADA IDENTIFICACIÓN: CC 32.761.353

DIRECCIÓN: CR 8A 53A 57 CIUDAD: SOLEDAD, ATLÁNTICO TELÉFONO: 3233002

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-B

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO CIUDAD: SOLEDAD

DIRECCIÓN: CARRERA 8A No. 53A-57

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: LORENZA BARRIOS ESTRADA  
ASEGURADO: LORENZA BARRIOS ESTRADA  
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR EN ENFERMERIA  
ESPECIALIZACION: NINGUNA

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 14 del mes de JULIO del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****50,000	GASTOS EXPEDICION: \$****15,000.00	IVA: \$ *****12,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****77,350
--	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE ALS MULTISEGUROS Y CIA. LTDA. ASESOR	CLAVE 7522	%PART 100.00	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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLASIFICADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESAR AL SIGUIENTE LINK <http://www.aseguradora-solidaria.com.co/indicadores-de-interactividad-de-clientes.html> Y BUSCAR EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VISITAR LA VALEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <http://www.aseguradora-solidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)0000000007000320263584

FIRMA TOMADOR

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

EXT. YRODRIGUEZ 0

CDDA207A090CP97658 CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2500 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 POLIZA: 994000009099 ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LORENZA BARRIOS ESTRADA	IDENTIFICACIÓN: CC	32.761.353
ASEGURADO: LORENZA BARRIOS ESTRADA	IDENTIFICACIÓN: CC	32.761.353
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NT	001-8

### TEXTO ITEM 1

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.

#### CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-WI-P-06-PI7032IMG886000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)  
<<https://aseguradorasolidaria.com.co/recursos/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>>

#### AMPARO BÁSICO:

- Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocorrencia.
- Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocorrencia.
- Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocorrencia.
- Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocorrencia.
- Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

#### AMPAROS ADICIONALES:

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

- 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 100% 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 Psicológicos y los Daños a la Vida en Relación.

#### 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 este producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

- TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

- TODOS LOS AMPAROS, LÍMITES, SUBLÍMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

#### DEDUCIBLES:

- Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 \$MELV.

#### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consignadas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan 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 este.
- Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el asegurado a un paciente.

CLIENTE

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD AGENCIA: 320

RAMO: 89

Nº PÓLIZA: 994000009099 ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LORENZA BARRIOS ESTRADA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.761.353

ASEGURADO: LORENZA BARRIOS ESTRADA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.761.353

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NT 001-8

### TEXTO ITEM 1

- 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 Exguatur en Colombia.
  - Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, liposculptura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
  - Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, liposculptura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
  - Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

#### 2.5.

2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

- EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
- CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

#### EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLIENTE

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

### DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47 COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No. PÓLIZA: 994000009099 ANEXO: 0

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: <b>LORENZA BARRIOS ESTRADA</b>	IDENTIFICACIÓN: CC <b>32.761.353</b>
ASEGURADO: <b>LORENZA BARRIOS ESTRADA</b>	IDENTIFICACIÓN: CC <b>32.761.353</b>
BENEFICIARIO: <b>TERCEROS AFECTADOS</b>	IDENTIFICACIÓN: NT <b>001-8</b>

### TEXTO ITEM 1

#### CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. Pérdida cibernética.  
2. Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

1. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.  
2. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

#### DEFINICIONES

##### 1. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

##### 1. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

##### 1. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

##### 1. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

##### 1. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

#### 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 pagar 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 estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE



**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 32761353 **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 09/07/2025 08:22 PM



Código Verificación: **JSANE5VYUF**

Válida hasta: **08/10/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 -00778 DE 2012

(09 de marzo de 2012)

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio de un Oficio”

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No 00172 de 2012 expedida por el Secretario de Salud Departamental

CONSIDERANDO

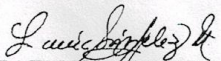
Que LORENZA BARRIOS ESTRADA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 32.761.353 expedida en Barranquilla-Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio de su Ocupación como AUXILIAR DE ENFERMERIA, según TÍTULO que le otorgó el SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA", el día 05 de Diciembre de 1996, según Acta de Grado No.96-0320.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO: Autorízase a LORENZA BARRIOS ESTRADA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 32.761.353 expedida en Barranquilla-Atlántico para ejercer su Ocupación de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 09 de marzo de 2012

  
LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA  
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud.

Elaboró: Elvis Fuenmayor Ripoll  
Profesional Universitario

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

32761353

Primer Nombre

LORENZA

Primer Apellido

BARRIOS

Confirme los números de la Imagen \*

4034



Cambiar

4869


**Resultado General -2025-04-01→6:15:56 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	32761353	LORENZA		BARRIOS	ESTRADA	Vigente

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) **LORENZA BARRIOS ESTRADA** identificado(a) con CC 32761353 registra La siguiente información:

**2025-04-01→6:15:56 PM**
**Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012-03-09	778	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 Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

## SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

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

## Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



Gobernación  
del Atlántico

**SECRETARIA DE SALUD DEL ATLÁNTICO**  
INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL

**LORENZA BARRIOS ESTRADA**  
CC32.761.353  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE 'SENA'  
REGISTRO: 0800778  
FECHA REG: 09/03/2012



EXP: 14/03/2012

Esta tarjeta es personal e intransferible. Si es encontrada, por favor devuélvala a las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental en la Cra 45 entre calles 39 y 40.

Secretario de Salud Departamental

630



RESOLUCIÓN NÚMERO 08 -00778 DE 2012

(09 de marzo de 2012)

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio de un Oficio”

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No 00172 de 2012 expedida por el Secretario de Salud Departamental

CONSIDERANDO

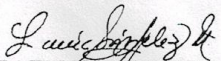
Que LORENZA BARRIOS ESTRADA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 32.761.353 expedida en Barranquilla-Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio de su Ocupación como AUXILIAR DE ENFERMERIA, según TÍTULO que le otorgó el SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA", el día 05 de Diciembre de 1996, según Acta de Grado No.96-0320.

RESUELVE

ARTICULO ÚNICO: Autorízase a LORENZA BARRIOS ESTRADA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 32.761.353 expedida en Barranquilla-Atlántico para ejercer su Ocupación de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 09 de marzo de 2012

  
LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA  
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud.

Elaboró: Elvis Fuenmayor Ripoll  
Profesional Universitario



El servicio público es de todos

Función Pública

FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

10 Barbara Barrion Estrada  
IDENTIFICADO CON  CC  CE  TI N° 32.761.353 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN  
País Colombia Departamento Atlántico Municipio Sitábal  
Dirección K 84 # 53 A 57 Teléfonos

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Joan Pedraza De la Hoz</u>	<u>72.161.964</u>	<u>Esposo</u>
<u>Joan Pedraza Barrion</u>	<u>100.313.5515</u>	<u>Hijo</u>
<u>Marlon Pedraza Barrion</u>	<u>100.313.5516</u>	<u>Hijo</u>
<u>Jineth Pedraza Barrion</u>	<u>100.182.5952</u>	<u>Hija</u>

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 POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION 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	<u>- / -</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	.
ARRIENDOS	.
HONORARIOS	.
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>- / -</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ / .</b>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Davivienda</u>	<u>Ahorro</u>	<u>02970045189</u>	<u>Sitábal</u>	<u>0 - 0</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
/	/	/
/	/	/
/	/	/
/	/	/

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
/	/
/	/
/	/
/	/

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
/	/
/	/
/	/
/	/

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
<i>Joan Pedraza De la Hoz</i>	<i>C.C. C.E. T.I.</i>	<i>72.161.964</i>

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION

**3. FIRMA**

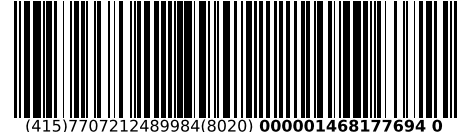
*Lorena Barrion E*  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

*Soledad 11 de Agosto 2022*  
CIUDAD Y FECHA

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14681776940



(415)7707212489984(8020) 000001468177694 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 7 6 1 3 5 3

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 2 7 6 1 3 5 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

BARRIOS

32. Segundo apellido

ESTRADA

33. Primer nombre

LORENZA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Soledad

7 5 8

41. Dirección principal

CR 8 A 53 A 57 CD METROPOLITANA

42. Correo electrónico

lorenzabarriosestrada@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 3 0 0 2

45. Teléfono 2

3 0 0 8 4 3 3 1 1 1

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1 0 4 2 8

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CHARRIS LOPEZ ADEL ARTURO

985. Cargo Gestor I

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.761.353**

**BARRIOS ESTRADA**

APELLIDOS

**LORENZA**

NOMBRES

*Lorenza Barrios E*

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1967**  
**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

**O+**

**F**

ESTATURA

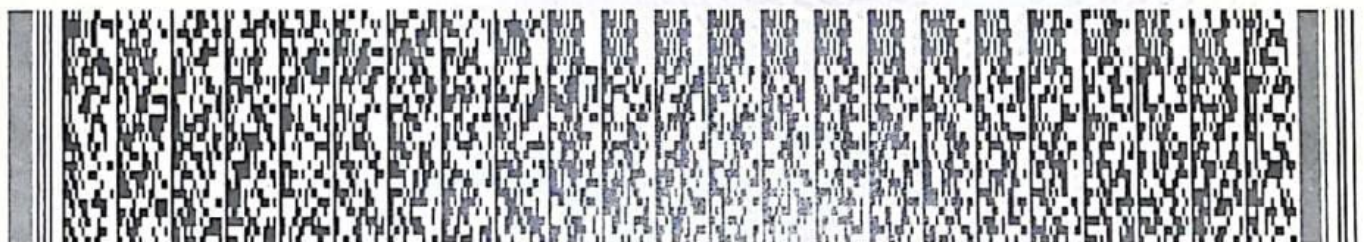
G.S. RH

SEXO

**27-JUL-1991 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300150-00241731-F-0032761353-20100618

0022358434A 2

3320613384

ESTADO CIVIL