



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| PRIMER APELLIDO Zuleta | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sanchez | | NOMBRES Evelin Cristina | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1074712390 | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> | | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA | |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 22 MES 11 AÑO 1986 | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 33C 15 04 APARTAMENTO LA FE | | | |
| PAÍS COLOMBIA | | PAÍS COLOMBIA | | DEPTO ATLÁNTICO | |
| DEPTO BOGOTÁ. D.C. | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | |
| MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | TELÉFONO 0000000 | | EMAIL lagomela3@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 | |
| | | | | | | | | | | <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 | 9 | X | | ENFERMERIA | 01 | 2009 | 31687 |

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

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 |
| INGLÉS | | 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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|--|------------------------|--|------------|--|------------|--|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 08 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTEN DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 SUR 10 4 SUR cll 40 n 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 02 | <i>Mes</i> | 07 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40A A SUR 10A 4 SUR cll 40 nn 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 06 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA PROMOCION Y MANTENIMIENTO | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40A BIS A NORTE 10A 44 NORTE cll 40 kr 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 05 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 SUR 11 4 SUR cll 40 n 11 04 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|---|------------------------|--|------------|--|------------|--|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 04 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40A SUR 11A 4 SUR cll 40 n 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 11 4 cll 40 n 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 02 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 SUR 11 4 cll 40 n 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2024 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMEINTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 11 4 cll 40 n 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CALLE 40 A SUR 10A 4 SUR CLL 40 N 10 04 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|--|------------------------|--|------------|--|------------|--|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CALLE 40A A SUR 10A 4 SUR CLL 40 N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 10 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1087 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CALLE 40A A SUR 10A 4 SUR CLL 40 N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 04 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA PROMOCION Y MANTENIMIENTO | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 manuela beltran | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> ADMVA Y ASISTENCIAL | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 15 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 02 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2023 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA | | | <i>DEPENDENCIA</i> PROMOCION Y MANTEN DE LA SALUD | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 1 4 cll 40 n 11 04 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------------------|------------|----------------|------------|---|------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 20 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ENFERMERIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 300416111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 20 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2022 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE PROMOCION Y PREVENICION | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE PROMOCION Y PREVENICION | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 SUR 10 04 ESTE CLL 40 KR 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 10 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE PROMOCION Y PREVENICION | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> 40 - CLL 40 KR 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 09 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE PROMOCION Y PREVENICION | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 10 04 CLL 40 KR 10 04 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--------------|-----|---------|-----|---|-----------------|--|-----|--|-----|--|
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3004161111 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5 | | | DEPENDENCIA PROMOCION Y PERVENCIÓN SALUD | | | | | DIRECCIÓN - CLL 40 KR 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3004161111 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5 | | | DEPENDENCIA AREA PROMOCION Y MANTENIMIENTO | | | | | DIRECCIÓN - CLL 40 KR 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3004161111 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 05 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA | | | DEPENDENCIA AREA PROMOCION Y MANTENIMIENTO | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40A SUR 11A 4 SUR cll 40 n 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3044161111 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 05 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5 | | | DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA | | | | | DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3044161111 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2022 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5 | | | DEPENDENCIA AREA DE ENFERMERIA | | | | | DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------|------------|----------------|------------|---|------------------------|----|------------|----|------------|------|
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 03 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ENFERMERIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 02 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ENFERMERIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3004161111 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 03 | <i>Mes</i> | 01 | <i>Año</i> | 2022 | <i>Día</i> | | <i>Mes</i> | | <i>Año</i> | |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5 | | | <i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ENFERMERIA | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3759400 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 01 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2021 | <i>Día</i> | 31 | <i>Mes</i> | 12 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA | | | <i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>EMPRESA O ENTIDAD</i> MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | <i>PÚBLICA</i> X | | <i>PRIVADA</i> | | <i>PAÍS</i> COLOMBIA | | | | | | |
| <i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO | | | <i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD | | | | | <i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> | | | | | | |
| <i>TELÉFONOS</i> 3759400 | | | <i>FECHA DE INGRESO</i> | | | | | | <i>FECHA DE RETIRO</i> | | | | | |
| | | | <i>Día</i> | 02 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2021 | <i>Día</i> | 30 | <i>Mes</i> | 11 | <i>Año</i> | 2021 |
| <i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA | | | <i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL | | | | | <i>DIRECCIÓN</i> CALLE 40 11 04 | | | | | | |

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 DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | 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 CALLE 40N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 01 | Mes | 09 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 09 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA ASISTENCIAL | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 02 | Mes | 08 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 08 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE L | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40K 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 01 | Mes | 07 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE L | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40K 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2021 | Día | 30 | Mes | 06 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 ESQUANA | | | | | | |

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 DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 05 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 05 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS SIN DATO | | | | |
| DEPARTAMENTO SIN DATO | | | MUNICIPIO SIN DATO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 03 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2021 | Día | 28 | Mes | 02 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS SIN DATO | | | | |
| DEPARTAMENTO SIN DATO | | | MUNICIPIO SIN DATO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 16 | Mes | 12 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 10 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 10 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|------------------------------------|-----|----|-----|----|
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 03 | Mes | 08 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 08 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 01 | Mes | 07 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 07 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 33 10 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 0000000000 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 03 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 03 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 11N 40 04 | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 04 | Mes | 01 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 01 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40 N 33 ESQUINA | | | | |

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 SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2020 | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 33C 15 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 02 | Mes | 01 | Año | 2019 | Día | 28 | Mes | 02 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION Y PREVENION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 11 01 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS SIN DATO | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SIN DATO | | | MUNICIPIO SIN DATO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 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 | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 40 33 10 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA P Y P | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 | | | | | | |

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 SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C. | | | MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA P Y P | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 11 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL MANUELA BELTRAN | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA P Y P | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 03 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 11N 40 04 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 10 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION YPREVENION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 40N 10 04 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|--------------|-----|---------|--------------------------------------|------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD E.S. E HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | | |
| TELÉFONOS 3759400 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2011 | Día | 31 | Mes | 01 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | | DEPENDENCIA PROMOCION Y PREVENCION | | | | DIRECCIÓN cra 40 calle 33 esquina | | | | | | | |

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---------|------|---------|--------------------|------------------|------|----|------|----|------|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día: | 01 | Mes: | 06 | Año: | 2011 | Día: | 31 | Mes: | 10 | Año: | 2019 |
| AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD | | | NIVEL EDUCATIVO PREGRADO | | | | 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 | 3 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 13 | 7 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 8 | 5 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.074.712.390**
ZULETA SANCHEZ
 APELLIDOS
EVELYN CRISTINA
 NOMBRES
EVELYN ZULETA S
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1986**
RIOSUCIO
 RIO SUCIO (CHOCO)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 **O+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
16-DIC-2004 UNGUIA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1704800-01100443-F-1074712390-20191001 0067992747A 1 9909918622

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 | 2.400.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | - |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | 2.400.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| 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 | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA | DE |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|----|
| Baniviera | Ahorro | 027700049243 | Soledad | 0 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE



Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005
del Ministerio de Educación Nacional
NIT. 890.104.633-9

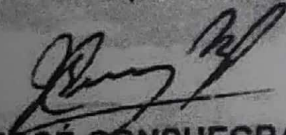
**UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 5424
DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2005 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN
NACIONAL, CON PERSONERÍA JURÍDICA No. 1318 DE NOVIEMBRE
15 DE 1972**

ACTA DE GRADO No. 031

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los trece (13) días del mes de Mayo del año 2009, se otorgó el título de **ENFERMERA** a **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ**, identificada con cedula de ciudadanía numero **1074712390**, expedida en UNGUIA, quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos, habiéndosele tomado el juramento de rigor se le hizo entrega del Diploma correspondiente.

Para constancia se expide y se firma esta Acta Fdo. **JOSÉ CONSUEGRA BOLÍVAR**, Rector Ejecutivo; Fdo. **MÓNICA CONSUEGRA CANTILLO**, Secretaria General (E); Fdo. **MILDRED CARROLL MOZO**, Directora del Programa.

Es fiel copia de su original.


JOSÉ CONSUEGRA BOLÍVAR
Rector

Barranquilla, 13 de Mayo de 2009



República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5124 del 23 de noviembre de 2005 del *Comité de Exámenes Nacionales*
Decreto Presidencial No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Enfermera

A EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ

con cédula de ciudadanía No. 1.074.712.390 de Unquillo de 2009 y la referida con las firmas de rigor.

con cédula de ciudadanía No. 1.074.712.390 de Unquillo de 2009 y la referida con las firmas de rigor.

en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 13 días del mes de Mayo

El Rector,

El Rector de la Universidad

Mónica Bonavoglia Lavatillo
El Secretario General

Escuela de Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERIA(O)



REGISTRADO



NOMBRE EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ
C.C. 1.074.712.390 UNGUIA (CHOCO)
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
RUN No. 31687
REGISTRO NACIONAL DE PROFESIONALES

EXPEDIDO 30/MAY/2012 VIGENCIA 30/MAY/2022

Scanned with
CamScanner



**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 1074712390 **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 06/02/2025 05:13 PM



Código Verificación: NZ392PYJWD

Válida hasta: 07/05/2025

Dirección de Gobierno Digital

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

| | | | | | | | |
|----|------------|--------|----------|--------|---------|---------|---------------------|
| CC | 1074712390 | EVELYN | CRISTINA | ZULETA | SANCHEZ | Vigente | Ver |
|----|------------|--------|----------|--------|---------|---------|---------------------|

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ identificado(a) con CC 1074712390 registra La siguiente información:

2024-01-02--12:21:52 PM

Información Académica

| | | | | | |
|-----|-------|------------|------------|------|--|
| UNV | Local | Enfermería | 2012-05-30 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | Enfermería | 2011-03-25 | 1884 | 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, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202094045

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002386 ANEXO:2

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
02 10 2024 **04 10 2024** **23:59** **04 10 2025** **23:59** **365** **02 10 2024**
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
04 10 2024 **23:59** **04 10 2025** **23:59** **365**
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**
 DIRECCIÓN: **CALLE 50 N 14 03** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3004161111**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**
 DIRECCIÓN: **CALLE 50 N 14 03** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3004161111**
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS
 ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**
 DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0**
 ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

| DESCRIPCION | 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 |

 DEDUCIBLES: 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: **ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA**
 ASEGURADO: **ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA**
 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.
 CONDICIONES GENERALES:

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****46,555 | GASTOS EXPEDICION: \$ *****5,000.00 | IVA: \$ *****9,795 | TOTAL A PAGAR: \$ *****61,350 |
|--|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO CEDIDO | |
|-------------------------------------|-------|------------------|-----------------|
| NOMBRE | CLAVE | %PART | VALOR ASEGURADO |
| MAILDE DEL CARMEN ROMERO DE LA CRUZ | 7354 | 100.00 | |

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)00000000007000320209404 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
 CDDA207A0B09F87D58 CLIENTE CRVELEZ 0

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000002386 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1074.712.390

ASEGURADO: EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1074.712.390

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/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 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.
- " 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 caratula 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 Fisiológicos 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 éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

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.

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 99400002386 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

ASEGURADO: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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,

- 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
- 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
- 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.
- 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.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

- No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
 - Pérdida cibernética.
 - 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.
 - En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
 - 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

A. 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.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

E. 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:

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: **994000002386** ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

ASEGURADO: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" 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 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.

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién Interese**

03/05/2023

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **EVELIN ZJLETA SANCHEZ**
con Cédula de Ciudadanía número **1074712390**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

| | |
|-------------------|---------------------|
| Número | 029700047243 |
| Fecha de apertura | 13/06/2017 |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202094045

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002386 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COB AGE: **320** RAMO: **89** PAF:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|------|-----------------------|-----|------|----------------------|-----|-----|---------------------------|-------|-----|--------------------|-----|------|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | |
| 03 | 10 | 2023 | 04 | 10 | 2023 | 23:59 | 04 | 10 | 2024 | 23:59 | 366 | 03 | 10 | 2023 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | VIGENCIA DESDE A LAS | | | VIGENCIA HASTA A LAS DIAS | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION**

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----|------|-------|----------------------|-----|------|-------|----------------------|
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| 04 | 10 | 2023 | 23:59 | 04 | 10 | 2024 | 23:59 | 366 |
| VIGENCIA DEL ANEXO | | | | VIGENCIA DESDE A LAS | | | | VIGENCIA HASTA A LAS |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

DIRECCIÓN: **CALLE 50 N 14 03** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLANTICO** TELÉFONO: **3004161111**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EVELYN CRISTINA ZULETA SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1074.712.390**

DIRECCIÓN: **CALLE 50 N 14 03** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLANTICO** TELÉFONO: **3004161111**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLANTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0**

ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

| DESCRIPCION | 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 |

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA**
ASEGURADO: **ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA**
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.

CONDICIONES GENERALES:

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|----------------------------------|
| 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 | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
| MAILDE DEL CARMEN ROMERO DE LA CRUZ | 7354 | 100.00 | | | |

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 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)00000000007000320209404

FIRMA TOMADOR *Evelyn Zuleta*

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

CLIENTE **JOSPINO 0**

Información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado en su momento para realizar el proceso.

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma

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



N° 7.803

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | | |
|--|-----------|---|--------------------------------------|---|----------------------------|--|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 08 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| PARTICULARES | | | | PARTICULARES | | | |
| Nombre de la empresa | | | | Empresa en misión | | | |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) | | | | | | | |
| ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | FEMENINO | 38 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS | CC | 1074712390 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo APOYO EN SECRETARIA DE SALUD | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES | | | | | | | |
| Observaciones: <i>NO APLICA</i> | | | | | | | |
| N/A | | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | NO APLICA | | NO APLICA | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | |
| EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | | | | ✓ ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| | | | USO DE EPP | | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | | | | HACER DEPORTE | |
| | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. | | | | | | | |
| Médico | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
| Firma:  | | | | Firma:  | | | |
| Nombre: BARRAZA NARVAEZ ANGELA MARIA | | | | Nombre: ZULETA SANCHEZ EVELYN CRISTINA | | | |
| R. M.: 1043028299 | | L.S.O.: 7193 | | Código de Seguridad | | CC: 1074712390 | |
| | | | | V1385B1H7803 | | | |