



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Garcia		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Ospino		NOMBRES Karolay Paola Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1045729651		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2000"/>			CARRERA 17C 26 25 casa A casaA Boulevard Sol real		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO ATLÁNTICO			DEPTO ATLÁNTICO		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			MUNICIPIO SOLEDAD		
			TELÉFONO 3798770		EMAIL karolay.garciaospino@gmail.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		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2020	
										X					

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)                      TL (TECNOLÓGICA)                      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)                      UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)                      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)                      DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	2019	1045729651

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	02	Mes	07	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL"	DEPENDENCIA "CONSULTA EXTERNA"			DIRECCIÓN CALLE 40 10 4								
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	04	Mes	07	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL"	DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA			DIRECCIÓN CARRERA 40 10 4								
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	04	Mes	07	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL"	DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA			DIRECCIÓN CARRERA 40 10 4								
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO								
	Día	04	Mes	07	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL"	DEPENDENCIA AREA DE CONSULTA			DIRECCIÓN CARRERA 40 10 4								

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:	Año:		
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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	8
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

Soledad 06-03-2025

*Lorely Carral Espino*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.700.355**

**PAUTH HERNANDEZ**

APELLIDOS

**EDUARDO LUIS**

NOMBRES

*Eduardo Luis Pauth H*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1991**

**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.82**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

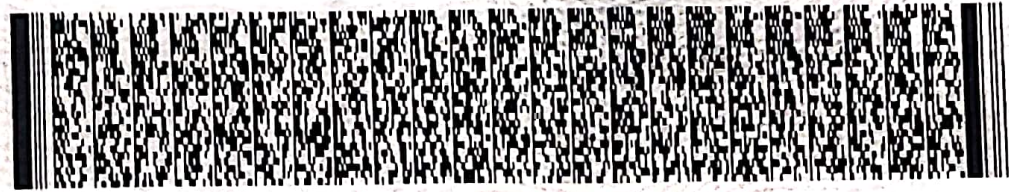
SEXO

**25-AGO-2009 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0300100-00182034-M-1045700355-20090930 0016695442A 1 29813512

REGISTRARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14688555475



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 4 5 7 2 9 6 5 1 | 6. DV 1 | 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  
 26. Número de Identificación: 1 0 4 5 7 2 9 6 5 1  
 27. Fecha expedición: 2 0 1 3 0 4 1 8  
 28. País: COLOMBIA  
 29. Departamento: Atlántico  
 30. Ciudad/Municipio: Barranquilla  
 31. Primer apellido: GARCIA  
 32. Segundo apellido: OSPINO  
 33. Primer nombre: KAROLAY  
 34. Otros nombres: PAOLA  
 35. Razón social  
 36. Nombre comercial  
 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA  
 39. Departamento: Atlántico  
 40. Ciudad/Municipio: Barranquilla  
 41. Dirección principal: CL 14 28 76 BRR REBOLO  
 42. Correo electrónico: karolay.garciaospino@gmail.com  
 43. Código postal  
 44. Teléfono: 3 0 0 2 3 8 1 6 4 4  
 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica  
 Actividad principal: 46. Código 8 6 2 1, 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 3 1 7  
 Actividad secundaria: 48. Código, 49. Fecha inicio actividad  
 Otras actividades: 50. Código 1 2  
 Ocupación: 51. Código  
 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0  
 20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma, 56. Tipo, Servicio, 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: 1 61. Fecha: 2020 - 03 - 17

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
 Firma autorizada:  
 984. Nombre CUESTAS ROJANO CINDY KARINA  
 985. Cargo Gestor I



**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**

YO, **KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° **1,045,729,651** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País **COLOMBIA** Departamento **ATLANTICO** Municipio **BARRANQUILLA**

Dirección **CALLE 14 #28 76** Teléfonos **3103668356**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARBEL LUZ OSPINO CUETO	32,756,803	MADRE

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	66,000,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 66,000,000</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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	488414110863		\$ 1,564,270

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:

	CALIDAD DE

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



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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. T.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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soledad,

CIUDAD Y FECHA 07/03/2025

DAFP-OAP



La salud  
es de todos

Minsalud



## IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO

C.C. 1045729651



MEDICO

Universidad Simon Bolivar

Barranquilla

Grado: 17/12/2019

Rethus: 28/01/2020



www.usmcc.com

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH. [Info@colegiomedicocolombiano.org](mailto:Info@colegiomedicocolombiano.org)

Firma Representante Colegio Médico Colombiano

**RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**RESOLUCIÓN 2538/2014**  
**E-MAIL: rdelacruzmendez1@gmail.com**  
**Barranquilla - Atlántico**  
**Dirección: Calle 41 # 22 - 71. Celular: 3006760217**

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**  
**INGRESO**

**DATOS DEL PACIENTE:**

**Nombres y apellidos:** KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO      **Id:** CC 1045729651  
**Fecha de nacimiento:** 1995-02-07      **Edad:** 27 años      **Genero:** F  
**Dirección:** carrera 17#26-25      **Teléfono:** 3209206918  
**Estatura (cms):** 165      **Peso (kg):** 60      **Imc:** 22.9 - NORMAL  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Dirección:** TRANSVERSAL 1B #68-62 SOLEDAD  
**Cargo:** CONTRATISTA      **Fecha de realización:** 15-11-2022



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:**

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

**CONCEPTO:**

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

Dieta balanceada-, Estilos de vida saludables-, Fomento del autocuidado-, Higiene postural-, Pausas activas-, Posiciones ergonómicas-, Uso de epp de acuerdo al cargo

**OBSERVACIONES**

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservado, signos vitales dentro de los parámetros normales sin limitación ocupacional a la fecha,

**RESTRICCIONES LABORALES**

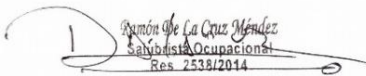
No restricciones laborales

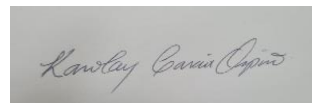
**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Auditivo		Cardiovascular		Ergonómico		Metabólico		Psicosocial		Respiratorio		Visual		Otros	
----------	--	----------------	--	------------	--	------------	--	-------------	--	--------------	--	--------	--	-------	--

REMISIÓN		SI		NO		X	REMISIÓN EPS		SI		NO		X	REMISIÓN ARL		SI		NO		X
----------	--	----	--	----	--	---	--------------	--	----	--	----	--	---	--------------	--	----	--	----	--	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

  
Ramón De La Cruz Méndez  
Saludista Ocupacional  
Res. 2538/2014



**Dr. Ramón De La Cruz Méndez**

Médico especialista en seguridad y salud en el trabajo.

**Trabajador:** KAROLAY GARCIA OSPINO

Registro médico 01-564 minsalud  
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico

**Dirección:** Calle 41 #22 - 71

**Teléfono:** 3006760217

**E-mail:** rdelacruzmendez1@gmail.com

Sucursal Zona Barranquilla	Ramo 26	Póliza No. 4032	Referencia No. 26200081251	Certificado No. 26200081251006
-------------------------------	------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------------



**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Nuevo**

**CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN**

Tomador: Teléfono Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA 3330000			Ident. / T.I.	890300625	NIT			
Responsable de pago: Asegurado:	MARTA LUZ OSPINO CUETO KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO			Ident. / T.I.	32710742	CC			
Teléfono Asegurado: Beneficiario:	3798770	Correo Electrónico:	karolay.garciaospino@gmail.com	Ident. / T.I.	1045729651	CC			
Teléfono Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1	CC			
Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	01/10/2024	Hasta 00:00	01/10/2025	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	01/10/2024	Hasta 00:00	01/10/2025

**UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

Dirección:	calle 14 # 28 - 76		Departamento:	ATLANTICO	Teléfono:	3002381644
Ciudad:	BARRANQUILLA				Ident.	1045729651
Nombre:	KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO					
Especialidad:	ANGIOLOGÍA GENERAL Y HEMODINAMIA, COLOPROCTOLOGIA, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, DERMATOLOGÍA, ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, ENFERMEDADES VASCULARES, EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, EPIDEMIOLOGIA GENERAL, GASTROENTEROLOGÍA, GLAUCOMA, HEMATOLOGÍA, HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA, IMAGENOLOGIA ONCOLÓGICA, KINESIÓLOGO, MEDICINA AEROSPACIAL, MEDICINA DE EMERGENCIAS, MEDICINA DEL DEPORTE, MEDICINA DEL DOLOR, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN, MEDICINA FORENSE, MEDICINA GENERAL, MEDICINA INTERNA, MEDICINA NUCLEAR, MEDICINA OCUPACIONAL, MEDICINA PSICOSOMÁTICA, MEDICINA MATERNO FETAL, NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA, OBSTETRICIA, OFTALMOLOGÍA, ONCOLOGÍA, ORTOPEDIA, OTOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA, RINOLOGÍA, TOXICOLOGÍA, PROSTODONCIA, PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR, REHABILITACIÓN ORAL, ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA, ENFERMERÍA MATERNA PERINATAL, ENFERMERÍA NEUROLÓGICA, ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, ENFERMERÍA PEDIÁTRICA, CUIDADO CRÍTICO, CUIDADO RESPIRATORIO, ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO, FISIOTERAPIA – KINESIOLOGÍA, FONOAUDILOGÍA, MEDICINA GENERAL, ALERGIA E INMUNOLOGÍA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD, ANATOMÍA PATOLÓGICA, DIABETO LOGIA, ENDOCRINOLOGÍA, ERGONOMÍA, FISIATRÍA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO, INFECTO LOGIA, PATOLOGÍA, SALUD OCUPACIONAL, TERAPIA MIOFUNCIONAL ORO FACIAL Y DISFAGIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, VETERINARIA					

**DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LÍMITES Y DEDUCIBLES**

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LÍMITE Y/O SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	\$ 100.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUBLÍMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUBLÍMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MÁXIMO \$60'000,000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUBLÍMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MÁXIMO \$20'000,000=	

**DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS**

<b>NOMBRE ASEGURADO</b> KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO	T.I. CC	<b>NUM. DE IDENTIF.</b> 1045729651
<b>NOMBRE BENEFICIARIO</b> TERCEROS RECLAMANTES	T.I. CC	<b>NUM. DE IDENTIF.</b> 1

**DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES**

**CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:**

**CLAUSULA DEFINICIONES:**

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

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

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional Para Médicos, Odontólogos y Demás Profesionales Del Sector Sanidad, las cuales se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

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

Sucursal Zona Barranquilla	Ramo 26	Póliza No. 4032	Referencia No. 26200081251	Certificado No. 26200081251006
-------------------------------	------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------------------



## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Nuevo

### CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

#### DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

##### CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

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

#### RENOVACIÓN

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

#### CONTACTO COOMEVA:

En caso de requerir información adicional ponemos a tu disposición nuestra red de oficinas Coomeva, la línea nacional de atención 01 8000 950 123 opción 4, vía celular #464 Opción 4 o ingresando a nuestra página web [www.comeva.com.co](http://www.comeva.com.co), opción Contáctenos.

#### DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

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

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente retroactividad se tomará al inicio de vigencia de la misma. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza, aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectuó estando vigente el seguro.

El valor de prima que se indica en el presente documento se estableció de acuerdo a los datos y características que el cliente entregó en el proceso de emisión. En caso de presentarse alguna modificación o corrección sobre estos datos, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar los ajustes de prima que considere pertinente de acuerdo a sus políticas de suscripción aplicables al ramo objeto de este seguro.

#### OBSERVACIONES:

Renovación Masiva

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

NUMERO DE RECIBO		FECHA DE RECAUDO		VALOR RECAUDADO
INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	Part. % 100%	FORMA DE PAGO:	VALOR IVA VIGENCIA: \$ 75.931	VALOR VIGENCIA CON IVA: \$ 475.566
ASEGURADORA: HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.	Part. % 100%	VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:	\$ 0	PRIMA MENSUAL CON IVA: \$ 158.522
USUARIO: JOSE MANUEL RIASCOS PEREZ	CANAL: DIRECTO BARRA COMERCIAL	PROCEDENCIA: ASOCIADO	PROMOTOR: Jose Manuel Riascos Perez	
FECHA IMPRESIÓN: 06/11/2024	REGIONAL: Regional Caribe	ZONA CIUDAD: Nacional	OFICINA: Oficina Barranquilla Prado	

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

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) en el Link <https://www.libertycolombia.com.co/personas/seguros-responsabilidad-civil> o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escribanos [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com)

VERSIÓN CONDICIONADO: Póliza de Seguro Responsabilidad Civil medica Versión 26/08/2024-1333-P-06-RESPCIVMEDICYODO-D001  
DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero, E-mail: [defensor.liberty@libertycolombia.com](mailto:defensor.liberty@libertycolombia.com), Teléfonos +57 601 4898285, +57 601 6092013, 3208312863 o 3224163490  
NOTIFICACIONES: Calle 36 N # 6A- 65, Piso 13 – Of. 1310, Edificio World Trade Center - Cali, Colombia; Tel: +57 602 660-30-50

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.039.988-0  
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO



## CERTIFICADO

**SOLEDAD,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quién interese**

**18/02/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1045729651**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **488414110863**  
Fecha de apertura **25/03/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**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 1045729651 **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 06/03/2025 11:35 AM



Código Verificación: **FCYSL96HT5**

Válida hasta: **04/06/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 \*

1045729651

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

5928

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2024-06-07→12:21:58 PM -2024-06-07→12:24:06 PM -2024-06-07→12:25:51 PM -2024-06-07→12:26:46 PM -2024-06-07→12:27:32 PM -2024-06-07→12:29:00 PM -2024-06-07→12:29:48 PM -2024-06-07→12:30:37 PM -2024-06-07→12:31:24 PM -2024-06-07→12:32:09 PM -2024-06-07→12:32:53 PM -2024-06-07→12:33:56 PM -2024-06-07→12:34:44 PM -2024-06-07→12:35:29 PM -2024-06-07→12:36:23 PM -2024-06-07→12:37:11 PM -2024-06-07→12:38:04 PM -2024-06-07→12:39:02 PM -2024-06-07→12:39:54 PM -2024-06-07→12:40:44 PM -2024-06-07→12:42:01 PM -2024-06-07→12:43:32 PM -2024-06-07→12:44:22 PM -2024-06-07→12:45:12 PM -2024-06-07→12:45:57 PM -2024-06-07→12:47:37 PM -2024-06-07→12:48:47 PM -2024-06-07→1:10:44 PM -2024-06-07→1:11:42 PM -2024-06-07→1:13:16 PM -2024-06-07→1:28:09 PM -2024-06-07→1:30:24 PM -2024-06-07→1:31:03 PM -2024-06-07→1:31:52 PM -2024-06-07→1:32:47 PM -2024-06-07→1:33:38 PM -2024-06-07→1:34:36 PM -2024-06-07→1:36:05 PM -2024-06-07→1:36:55 PM -2024-06-07→1:37:39 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	
CC	1045729651	KAROLAY	PAOLA	GARCIA	OSPINO	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) KAROLAY PAOLA GARCIA OSPINO identificado(a) con CC 1045729651 registra La siguiente información:

2024-06-07→1:37:39 PM

### Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2020-01-28	60736	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

### Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA ATLÁNTICO BARRANQUILLA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

## 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)