



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rojano		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Gomez		NOMBRES Leydilly	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1045712889		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 DIA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="03"/> AÑO <input type="text" value="1993"/>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 22D 70C 126 casa SAN FELIPE			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA			
MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO 3425135		EMAIL ladyrojano@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	2010
										<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	8	X		ENFERMERIA	06	2015	1045712889

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
ESPAÑOL		X				X			X
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 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>	01	<i>Mes</i>	02	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> "URGENCIAS"					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 2 33 1 costa hermosa						
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> 3759400			<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>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> "URGENCIAS"					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 21 25						
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> 6053930831			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> TRANSVERSAL 1A 86 62						
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> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	04	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2015	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33N 44 06						

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

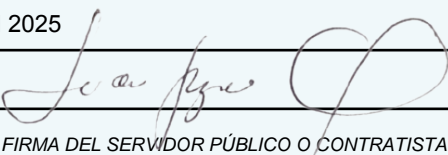
8

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 Soledada 18 de febrero del 2025



 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.712.889**


ROJANO GOMEZ

APELLIDOS
LEYDILLY

NOMBRES

Leydily Rojano Gomez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1993**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO


1.57 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-MAR-2011 BARRANQUILLA





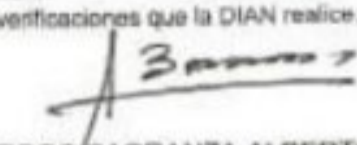
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0300100-00298836-F-1045712889-20110506 * 0026882373A 1 36411408

MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal				001	
2. Concepto: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario: 14358456836			
				 (415)7707212489984(8020) 000001435845683 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 5 7 1 2 8 8 9 - 0		6. DV: 0		12. Dirección seccional: Impuestos de Barranquilla		14. Buzón electrónico: 2	
IDENTIFICACION							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida <input checked="" type="checkbox"/> 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> 13		26. Número de identificación: 1 0 4 5 7 1 2 8 8 9		27. Fecha expedición: 2 0 1 1 0 3 2 9	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9		29. Departamento: Atlántico		30. Ciudad/Municipio: Barranquilla 0 0 1	
31. Primer apellido: ROJANO		32. Segundo apellido: GOMEZ		33. Primer nombre: LEYDILLY		34. Otros nombres:	
35. Razón social:							
36. Nombre comercial:							
37. Sigla:							
UBICACION							
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Atlántico 1 6 9		40. Ciudad/Municipio: Barranquilla 0 0 1		41. Dirección principal: CR 22 D 70 C 126	
42. Correo electrónico: ladyrojano@hotmail.com		43. Apartado aéreo:		44. Teléfono 1: 3 8 6 5 9 6 1		45. Teléfono 2: 3 0 4 6 8 0 3 0 7 3	
CLASIFICACION							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 1 2 1 1	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código:	52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código: 2 0							
20- Obtención NIT							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código:				55. Forma: <input type="checkbox"/>		56. Tipo: <input type="checkbox"/>	
57. Modo:				58. CPC:		59. Servicio:	
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		60. No. de Folios: 1		61. Fecha: 2 0 1 5 1 2 1 1			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante: <i>Leydy Rojano Gomez</i> 1045712889				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:  964. Nombre: BARROS CARRANZA ALBERTO 965. Cargo: Gestor			

Fecha generación documento PDF: 11-12-2015 10:34:06AM

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, LEYDILLY ROJANO GOMEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1,045,712,889 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección CRA 22D # 70C - 126 Teléfonos 3145398306

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EMILIA MARIA GOMEZ JEREZ	43,824,741	MADRE
ROBINSON JOSE ROJANO FONSECA	72,120,356	PADRE

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	\$13.228.800
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	\$1.653.600
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 14.882.400

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORRO	550029700047086	SOLEDAD	\$	200

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

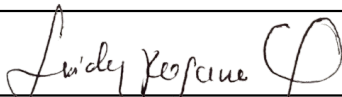
c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soledad 18 de febrero del 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

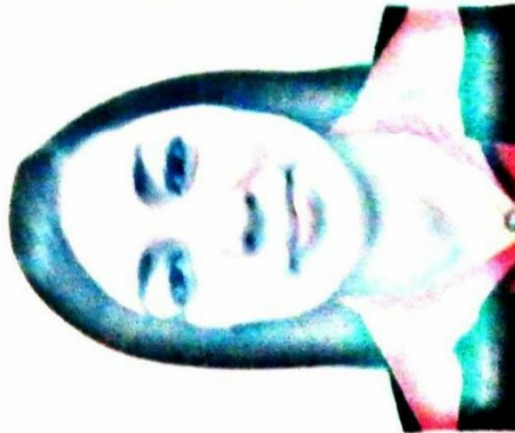
LEYDILLY ROJANO GOMEZ

C.C. 1.045.712.889

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
Barranquilla

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-07-24

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-07-11



Menu



Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m.

en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)



Cambiar

3546

[Verificar Registro en ReTHUS](#)

[Limpiar](#)

Resultado General -2023-11-01--7:37:16 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1045712889	LEYDILLY		ROJANO	GOMEZ	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) LEYDILLY ROJANO GOMEZ identificado(a) con CC 1045712889 registra La siguiente información:

2023-11-01--7:37:16 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2015-08-20	3984	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	No Aplica	[NO APLICA]	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3201967125

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000001311 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47				COD. AGE: 320				RAMO: 89				PAP:							
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS				
26	12	2024	23:59	26	12	2024	23:59	26	12	2025	23:59	26	12	2024	365				
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA PÓLIZA				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION							

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION																			
VIGENCIA DEL ANEXO								DIA				DIA							
								26				26							
								12				12							
								2024				2025							
								23:59				23:59							
								365				365							
VIGENCIA DESDE								A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LEYDILLY ROJANO GOMEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1045.712.889**
DIRECCIÓN: **CARRERA 22D No 70C-126** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELÉFONO: **3865961**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LEYDILLY ROJANO GOMEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1045.712.889**
DIRECCIÓN: **CARRERA 22D No 70C-126** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELÉFONO: **3865961**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **ATLANTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**
DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**
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		50,000,000.00	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**

TCMADOR: **ROJANO GOMEZ LEYDILLY**
ASEGURADO: **ROJANO GOMEZ LEYDILLY**
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: \$ *****43,018	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****11,023	TOTAL A PAGAR: \$ *****69,041
---	--------------------------------	--	------------------------	----------------------------------

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPANIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GUSTAVO ARCILA TORDECILLA	7309	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 PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000320196627

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

JOSPINO 0

CDDA20790609FA7C58

CLIENTE



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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

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

03/12/2020

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LEYDILLY ROJANO GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía número 1045712889**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550029700047086

Fecha de apertura

13/06/2017

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 1045712889 **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 07/03/2025 03:09 PM



Código Verificación: **6J1GXUQADC**

Válida hasta: **05/06/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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