



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pacheco		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Acero		NOMBRES Lilibeth	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32891063			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <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			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 10 MES 08 AÑO 1978			CARRERA 7C 33 127 CASA EL LIMON		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA		
MUNICIPIO BARRANQUILLA			TELÉFONO 000000	EMAIL lipaceodonto@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		BÁSICA SECUNDARIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	MES	AÑO	
										<input checked="" type="checkbox"/>	12	1995			

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	10	X		ODONTOLOGIA	02	2004	2929

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

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

3

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>			<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>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0577 2012 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL-ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 33A A ESTE 33A 3434 SUR				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<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>	06	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	06
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0577 2012 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL EN ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 33A BIS ESTE 34 6 ESTE				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<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>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 0577 2012 ODONTOLOGA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL-ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 33 34 6				
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>	03	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 14 13 17				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HMI 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>	08	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL SOLEDAD				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO				
<i>DEPARTAMENTO</i> SIN DATO			<i>MUNICIPIO</i> SIN DATO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2018	<i>Día</i>	29	<i>Mes</i>	02
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 14 13 17				

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

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	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

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

6

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

23.08.2024

lilibrth pacheco

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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.

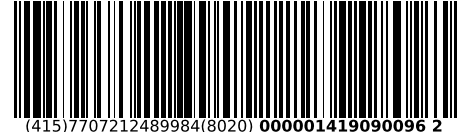
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14190900962



(415)7707212489984(8020) 000001419090096 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 8 9 1 0 6 3

6. DV

2

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

3 2 8 9 1 0 6 3

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 0 2, 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

PACHECO

32. Segundo apellido

ACERO

33. Primer nombre

LILIBETH

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 C 32 127

42. Correo electrónico

lipaceodonto@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 2 0 5 7 0 3 7

45. Teléfono 2

3 6 2 6 1 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 4, 0 3, 2 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

2 2 2 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT



Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2012 - 12 - 15

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo Gestor II



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, LILIBETH PACHECO ACERO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 32.891.063 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Atlantico Municipio BARRANQUILLA

Dirección CRA 7C#33-127 Teléfonos 3015482213

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

Table with 3 columns: NOMBRES Y APELLIDOS, DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PARENTESCO. Row 1: LUZ MARINA ACERO LOMBANA, 22.429.315, MADE.

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 X 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:

Table with 2 columns: CONCEPTO, VALOR. Rows include SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES, CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS, GASTOS DE REPRESENTACION, ARRIENDOS, HONORARIOS (25.200.000), OTROS INGRESOS Y RENTAS, and TOTAL (\$ 25.200.000).

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

Table with 5 columns: ENTIDAD FINANCIERA, TIPO DE CUENTA, NUMERO DE LA CUENTA, SEDE DE LA CUENTA, SALDO DE LA CUENTA. Row 1: BANCO DAVIVIENDA, AHORROS, BARRANQUILLA.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Table with 3 columns: 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 X** 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



23-98-2924

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



SECRETARIA DE SALUD
INSCRIPCION DEPARTAMENTAL

Gobernación
del Atlántico



Nombre: LILIBETH PACHECO ACERO

C.C. No. 32.891.063

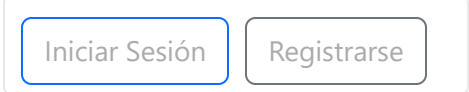
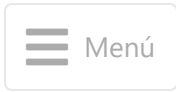
Profesión: ODONTOLOGO

Resolución: 25-3093-05-25-07-05

Universidad: Metropolitana

No. Inscripción: 2929

Fecha Expedición: 14/04/2010



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 *

32891063

Primer Nombre

lilibeth

Primer Apellido

pacheco

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8218

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-31→11:17:58 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	32891063	LILIBETH		PACHECO	ACERO	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) LILIBETH PACHECO ACERO identificado(a) con CC 32891063 registra La siguiente información:

2023-12-31→11:17:58 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontología	2005-07-25	3093	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)





CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

28/11/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LILIBETH PACHECO ACERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **32891063**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550025700116129**
Fecha de apertura **05/06/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202461590

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000006883 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47			COD. AGE: 320			RAMO: 89			PAP:								
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO				
30	09	2024	25	09	2024	23:59	25	09	2025	23:59	365	30	09	2024			
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS			DÍAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION					

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS
		25	09	2024	23:59	25	09	2025	23:59	365
		VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS					

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LILIBETH PACHECO ACERO** IDENTIFICACIÓN: CC **32.891.063**

DIRECCIÓN: **CR 7 C 33 127 BRR EL LIMON** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **5482213**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LILIBETH PACHECO ACERO** IDENTIFICACIÓN: CC **32.891.063**

DIRECCIÓN: **CR 7 C 33 127 BRR EL LIMON** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **5482213**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

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

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **BARRANQUILLA**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **ODONTOLOGO**

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/SUSTITUCIÓN PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **PACHECO ACERO, LILIBETH**
ASEGURADO: **PACHECO ACERO, LILIBETH**
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **ODONTOLOGIA**

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

OBJETO:

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

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****36,755	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****8,883	TOTAL A PAGAR: \$ *****55,638
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MR SEGUROS LTDA	11029	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)00000000007000320246159

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE **CRVELEZ 0**

CDDA207A0B09FD7B56

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

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



**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 32891063 **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 18/02/2025 08:11 PM



Código Verificación: **DZ4BA2JM7K**

Válida hasta: **20/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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

RESOLUCION No. 25 ³⁰⁹³ DE 2005
(25 JUL. 2005)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956 del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que **LILIBETH PACHECO ACERO**, con cédula de ciudadanía No. **32.891.063 de Barranquilla (Atlántico)**, ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **ODONTOLOGO, TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA, BARRANQUILLA, SEGUN ACTA DE GRADO No.0-59-2515-04, DE FECHA 18 DE MARZO DE 2004.**

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado al **Folio No.57, libro 1/96, por la Secretaría de la Universidad, Barranquilla - Atlántico, del 18 de marzo de 2004.**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio de seis (6) meses, tal y como lo determina la Resolución No.01140 del 4 de septiembre de 2002, emanada del Ministerio de Salud, en **EL PUESTO DE SALUD DE PAIME CON DESPLAZAMIENTO A LA INSPECCION DEL PLOMO Y VENECIA, DEPENDIENTES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL "SAN RAFAEL" DE PACHO CUNDINAMARCA, DEL 03 DE ENERO AL 02 DE JULIO DE 2005.**

RESUELVE:

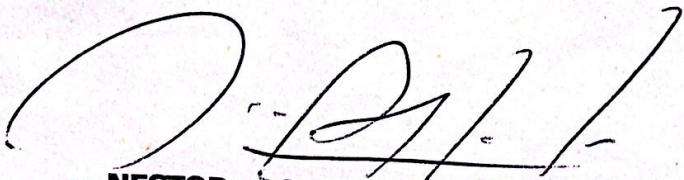
ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **LILIBETH PACHECO ACERO**, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **32.891.063 de Barranquilla (Atlántico)**, para ejercer la profesión como **ODONTOLOGO**, en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

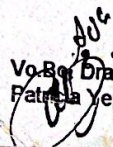
ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.


NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los **25 JUL. 2005**


NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud


Vo.Bo. Dra. María Isabel Serrano Rangel./ Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Patricia Yepes. W.



 Menú

[Iniciar Sesión](#) [Registrarse](#)

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 *

32891063

Primer Nombre

lilibeth

Primer Apellido

pacheco

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3261

Resultado General -2024-07-18→8:02:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	32891063	LILIBETH		PACHECO	ACERO	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) LILIBETH PACHECO ACERO identificado(a) con CC 32891063 registra La siguiente información:

2024-07-18→8:02:40 PM
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontología	2005-07-25	3093	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)

