



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

<b>PRIMER APELLIDO</b> Ariza	<b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b> Cervantes	<b>NOMBRES</b> Danna Paola		
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1001870336		<b>SEXO</b> F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	<b>NACIONALIDAD</b> COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	<b>PAÍS</b> COLOMBIA
<b>LIBRETA MILITAR</b> PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		<b>NÚMERO</b>	<b>D.M.</b>	
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b> FECHA: DIA 11 MES 12 AÑO 2001 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ATLÁNTICO MUNICIPIO: SABANALARGA		<b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b> CARRERA 12A SUR 50- 67 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ATLÁNTICO MUNICIPIO: BARRANQUILLA TELÉFONO: 7823445 EMAIL: dannaariza476@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	EDUCACION MEDIA			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017	

**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).

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL)      **TR\_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
CENTRO DE INFORMATICA DEL CARIBE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	08	2022
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACION INFORMAL	70	X		SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO	02	2023
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACION INFORMAL	45	X		ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	02	2023
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACION INFORMAL	45	X		ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON EFOQUE DIFERENCIAL	02	2023

4

**IDIOMAS**

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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	01	Mes	01	Año	2025	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL			DIRECCIÓN CALLE 53A ESTE null null								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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	01	Mes	12	Año	2024	Día	01	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL			DIRECCIÓN CALLE 53A ESTE null null								

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 CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	01	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 53A ESTE null null				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2023	Día	01	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 53A ESTE null null				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	05	Año	2023	Día	01	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 53A ESTE 8 10				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	03	Mes	04	Año	2023	Día	01	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUXILIAR ENFEREMERI URGENCIAS					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6				

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				

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

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	1	10
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* \_\_\_\_\_

**danna ariza**

*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  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.870.336**  
**ARIZA CERVANTES**

APELLIDOS  
**DANNA PAOLA**

NOMBRES  
*Danna Ariza*  
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-2001**

**SABANALARGA**  
(ATLANTICO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**06-MAR-2020 SABANALARGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0304600-01139925-F-1001870336-20200603      0070704687A 1      52608376

2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14890317195



(415)7707212489984(8020) 000001489031719 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 1 8 7 0 3 3 6

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 1 8 7 0 3 3 6

27. Fecha expedición

2 0 2 0 0 3 0 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Sabahalarga

6 3 8

31. Primer apellido

ARIZA

32. Segundo apellido

CERVANTES

33. Primer nombre

DANNA

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Ponedera

5 6 0

41. Dirección principal

CL 7 Norte # 4-40 CEN Martillo

42. Correo electrónico

dannaariza476@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 4 5 2 3 5 0 5 9

45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 1 2 3

**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  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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

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

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2023 - 01 - 23 / 11 : 28: 22

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 ARIZA CERVANTES DANNA PAOLA

985. Cargo Contribuyente

**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, DANNA PAOLA ARIZA CERVANTES

IDENTIFICADO CON: CC X C.E. T.I. N° 1,001,870,336 CON DOMICILIO PRINCIPAL

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio PONEDERA

Dirección CALLE 7 N4-40 BARRIO CENTRAL Teléfonos 3011930844

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EDWAR ENRIQUE ARIZA GUETTE	8,571,665	PADRE
YUDIS ESTHER CERVANTES PALMA	32,848,310	MADRE
MARIA JESUS ARIZA CERVANTES	1,042,994,558	HERMANA
JHON JADER ARIZA CERVANTES	1,043,589,216	HERMANO

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	1,000,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	\$ 1,000,000

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	91250884431	SABANALARGA	\$ 10,000

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 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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

DANNA ARIZA CERVANTES  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

2 DE NOVIEMBRE DEL 2023 SOLEDAD ATLANTICO  
CIUDAD Y FECHA

Resultado General -2023-03-23--11:15:08 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1001870336	DANNA	PAOLA	ARIZA	CERVANTES	Vigente	<a href="#">Ver</a>

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) DANNA PAOLA ARIZA CERVANTES identificado(a) con CC 1001870336 registra La siguiente información:

2023-03-23--11:15:08 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-10-18	5613	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).

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202388215**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000005710 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CARRERA 47</b>			COD. AGE: <b>320</b>			RAMO: <b>89</b>			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
07	05	2024	06	05	2024	23:59	06	05	2025	23:59	365	07	05	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
						A LAS			A LAS			DIAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>												TIPO DE IMPRESIÓN: <b>IMPRESION</b>		

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b>														
VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA HASTA		
06	05	2024	06	05	2024	23:59	06	05	2025	23:59	365	06	05	2025
			A LAS			A LAS						A LAS		

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **DANNA PAOLA ARIZA CERVANTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.870.336**

DIRECCIÓN: **CRA 12 A # 50 - 67** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3045235059**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **DANNA PAOLA ARIZA CERVANTES** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.870.336**

DIRECCIÓN: **CRA 12 A # 50 - 67** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3045235059**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

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

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

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

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 SMLL en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCIÓN PROVISIONAL**

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **ARIZA CERVANTES, DANNA PAOLA**  
ASEGURADO: **ARIZA CERVANTES, DANNA PAOLA**  
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

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: \$ *****30,220	GASTOS EXPEDICION: \$****10,000.00	IVA: \$ *****7,642	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,862
---	--------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GRUPO LICITAMOS LIMITADA	9726	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**  **FIRMA TOMADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000320238821

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

CRVELEZ 0

CDDA207A0C07F47C5E CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DI0/83 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

# Certificado Bancario

Miércoles, 1 de noviembre de 2023

Señor(a)  
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DANNA PAOLA ARIZA CERVANTES identificado(a) con CC 1001870336, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91250884431	2023/04/01	ACTIVA

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



**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 1001870336 **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 06:23 PM



Código Verificación: **4DXA85GFPN**

Válida hasta: **04/06/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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