



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 Padilla		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Molina		NOMBRES Doris Maria	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32769312		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 05 MES 01 AÑO 1974		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 17E 6D 25 CASA SIMON BOLIVAR			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO BARRANQUILLA			
MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO 3975478		EMAIL dorisilla5@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°	1X1°	MES	12	AÑO	1993

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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	2	X		TECNOLOGIA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	12	2001	105

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)

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 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>	01	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 6						
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>	12	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 6						
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> 3957400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2024
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 6						

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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						

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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION- ODONTOLOGO			DEPENDENCIA AUX.DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	07	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40-06						
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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40-06						

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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40-06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	09	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40 -06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40 -06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	08	Año	2023	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40 -06						

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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ODONTOLOGIA -			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6 CALLE 33 # 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	04	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 null 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	12	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3947500			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUIXLIAR DE ODONTOLOGIA			DEPENDENCIA AREA DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 6						

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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	10	Año	2022	Día	30	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2022	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2022	Día	31	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						

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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2022	Día	30	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06 CALLE 33 # 40-06						
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	02	Mes	05	Año	2022	Día	31	Mes	05	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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	04	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	03	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 null 06						
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 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	28	Mes	02	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO 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>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 06 CALLE 33 # 40-06						
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>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
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>	11	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> Calle. 53A No. 8-10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 33 40 06						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día	31	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	02	Año	2021	Día	28	Mes	02	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	01	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	11	Año	2020	Día	30	Mes	11	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 40 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día	31	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	30	Mes	09	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 40 06						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	03	Mes	08	Año	2020	Día	31	Mes	08	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 36 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N + 44 -06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO					
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33N 44 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	05	Año	2020	Día	31	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	04	Año	2020	Día	30	Mes	04	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06					

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	03	Año	2020	Día	31	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 33 44 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	10	Mes	02	Año	2020	Día	29	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	01	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 43N 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	09	Año	2019	Día	30	Mes	09	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2019	Día	31	Mes	08	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2019	Día	31	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	06	Mes	03	Año	2019	Día	31	Mes	03	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2019	Día	28	Mes	02	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 3 43 A-11						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	07	Año	2018	Día	30	Mes	09	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	04	Año	2018	Día	30	Mes	06	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2018	Día	31	Mes	03	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2018	Día	28	Mes	02	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	01	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2017	Día	30	Mes	11	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2017	Día	31	Mes	10	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2017	Día	31	Mes	08	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2017	Día	31	Mes	05	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	01	Año	2017	Día	31	Mes	01	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	12	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2016	Día	30	Mes	09	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2016	Día	31	Mes	08	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2016	Día	30	Mes	06	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CARRERA 43 43A 11						
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 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2016	Día	30	Mes	06	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR			DEPENDENCIA AREA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN Calle. 53A No. 8-10						

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	2	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

D. Badilla

SOLEDAD/ 2025

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 **32.769.312**

PADILLA MOLINA

APELLIDOS

DORIS MARIA

NOMBRES

Padilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1974**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G. S. RH

F

SEXO

30-OCT-1992 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300100-00052521-F-0032769312-20080819

0002350383A 1

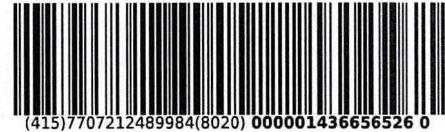
3290011138

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14366565260



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
3 2 7 6 9 3 1 2

6. DV 0
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: 3 2 7 6 9 3 1 2
27. Fecha expedición: 1 9 9 2, 1 0, 3 0

Lugar de expedición: COLOMBIA 28. País: 1 6 9
29. Departamento: Atlántico 0 8
30. Ciudad/Municipio: Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido: PADILLA
32. Segundo apellido: MOLINA
33. Primer nombre: DORIS
34. Otros nombres: MARIA

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
CL 17 E 6 D 25 BRR SIMON BOLIVAR

42. Correo electrónico: dorisilla5@hotmail.com

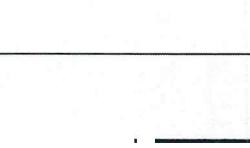
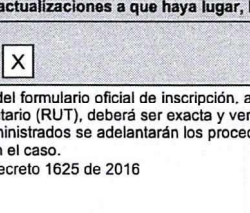
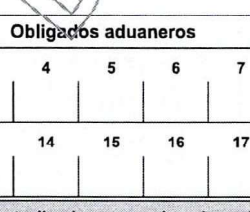
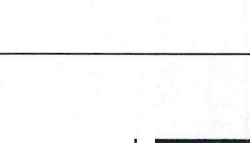
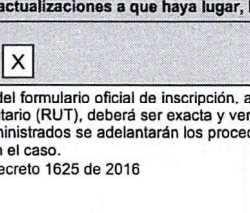
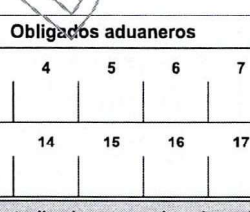
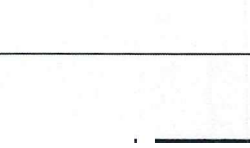
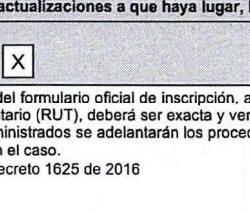
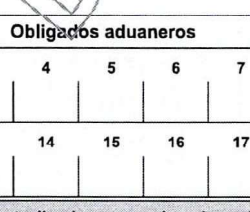
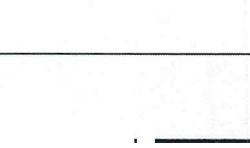
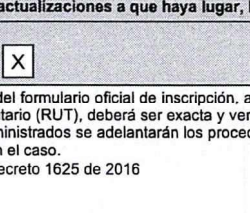
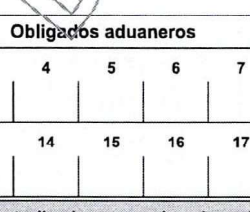
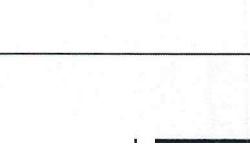
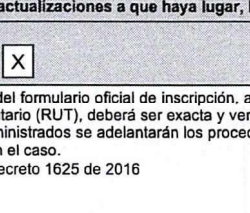
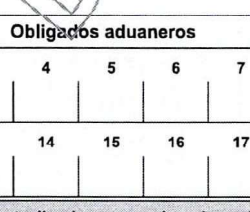
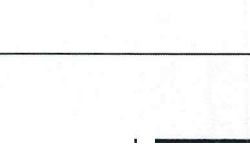
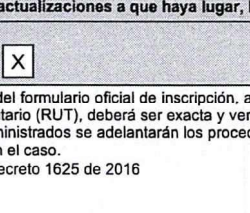
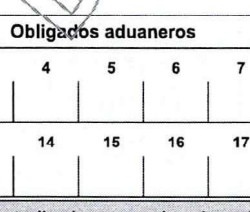
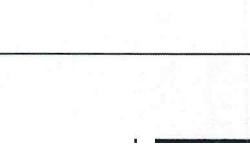
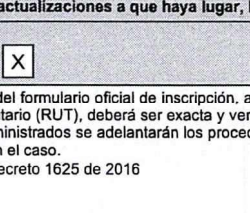
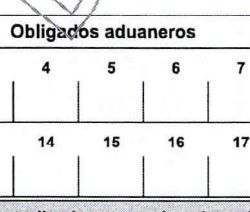
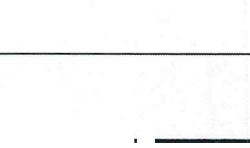
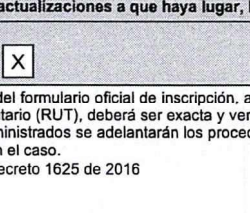
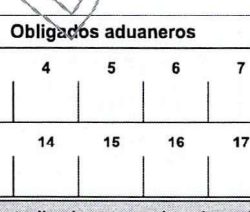
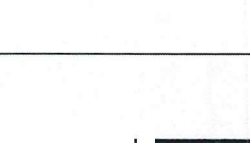
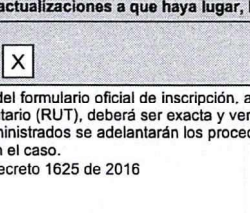
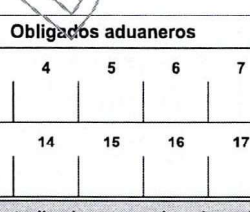
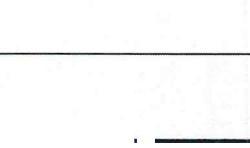
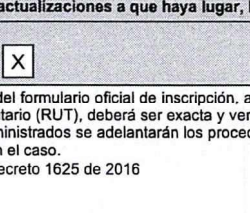
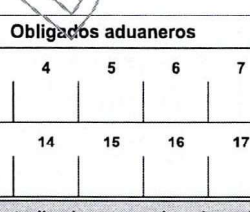
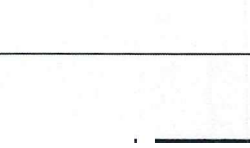
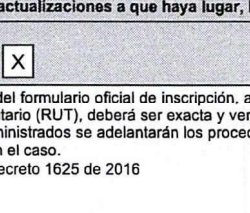
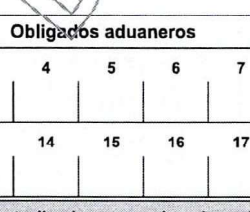
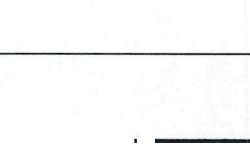
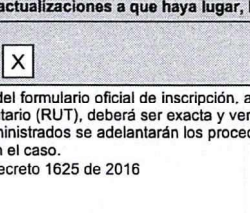
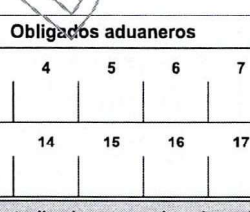
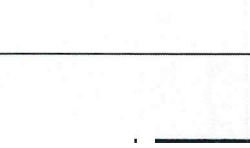
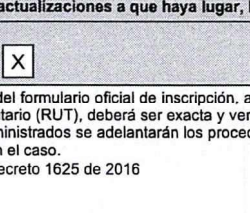
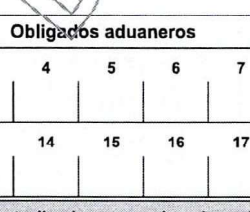
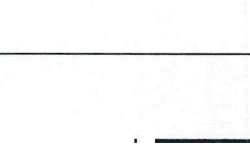
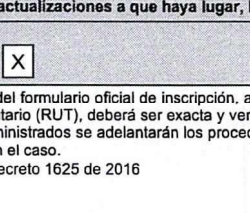
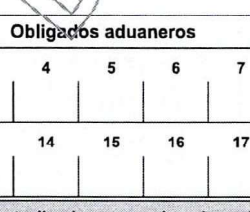
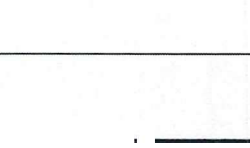
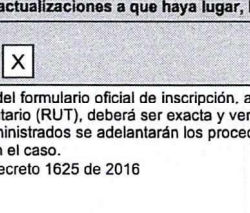
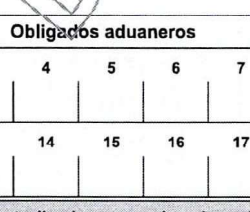
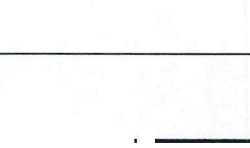
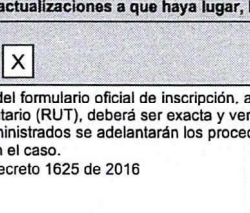
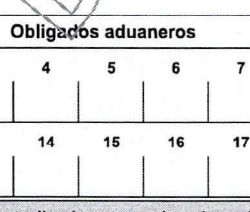
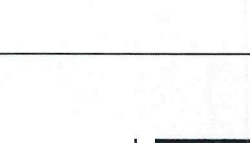
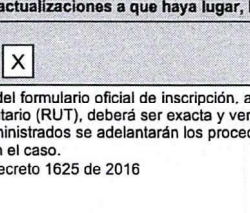
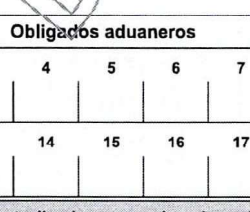
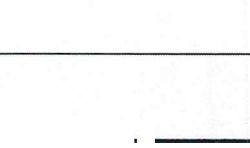
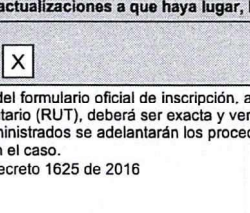
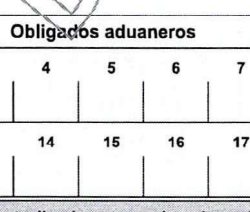
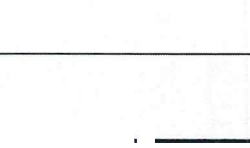
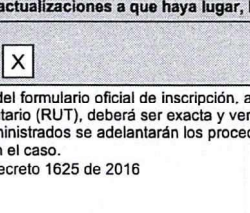
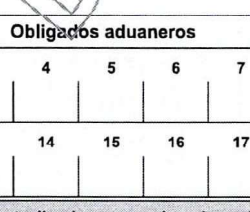
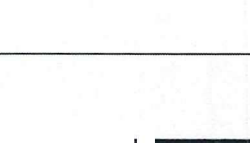
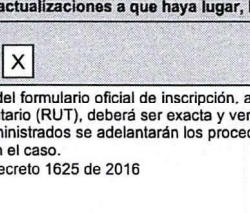
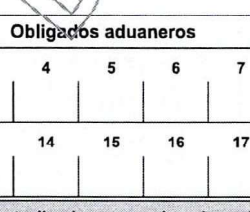
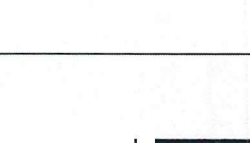
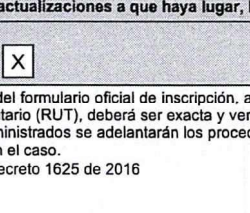
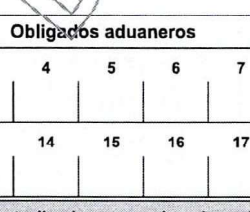
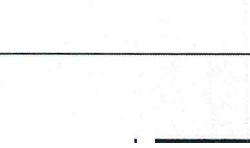
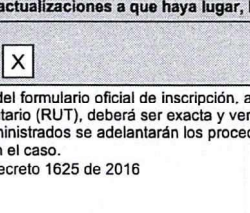
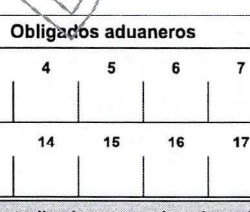
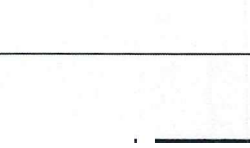
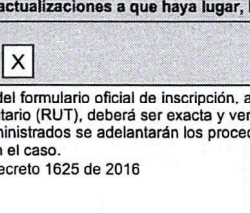
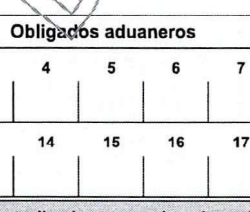
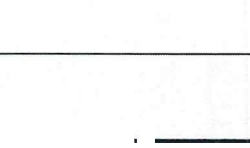
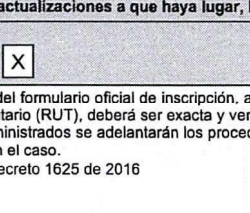
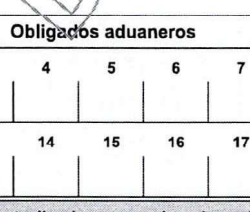
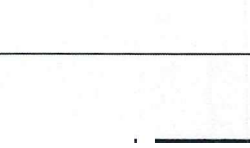
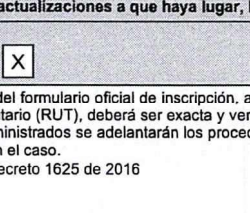
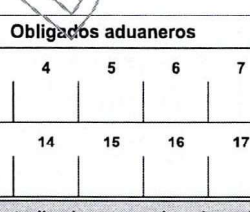
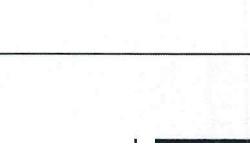
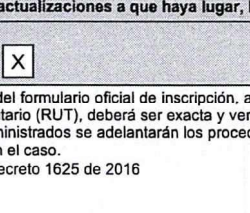
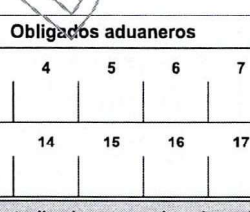
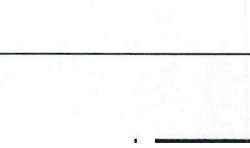
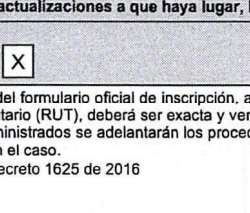
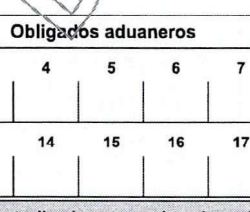
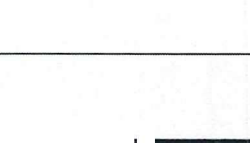
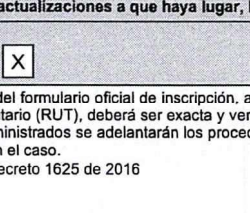
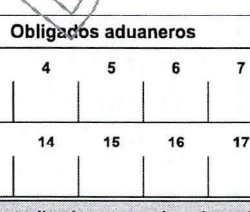
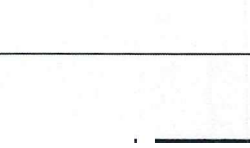
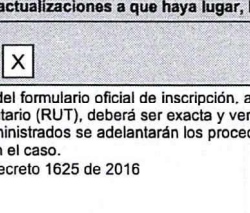
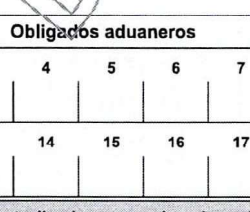
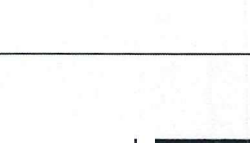
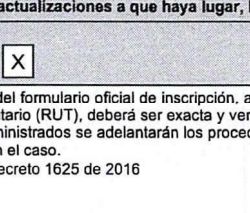
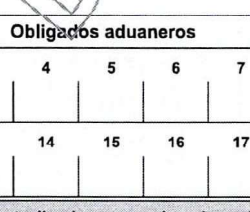
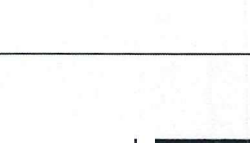
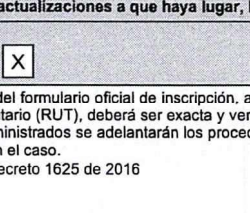
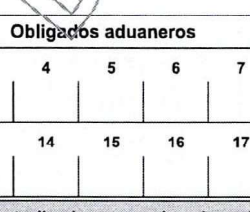
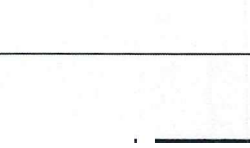
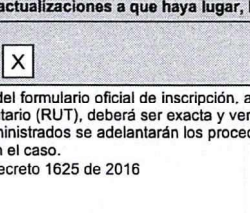
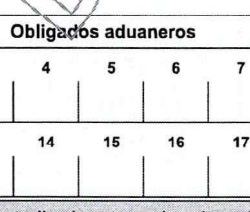
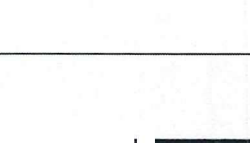
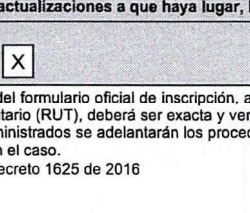
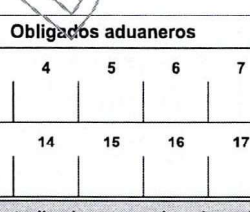
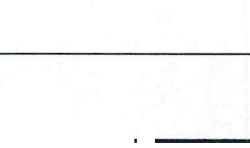
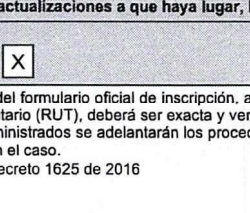
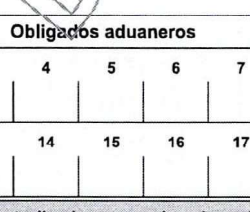
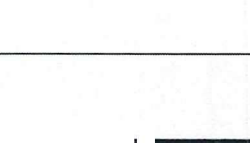
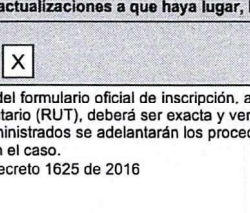
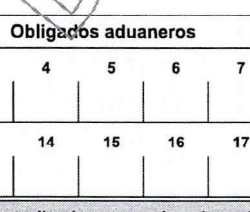
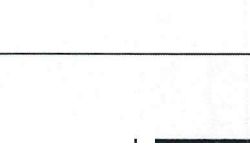
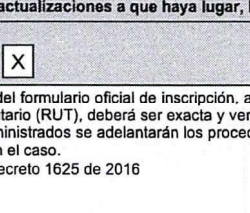
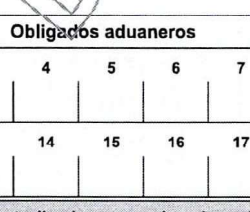
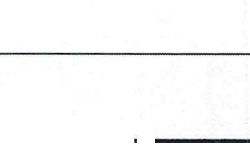
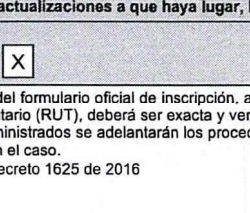
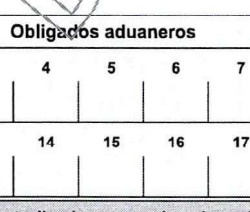
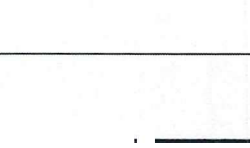
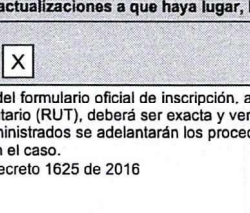
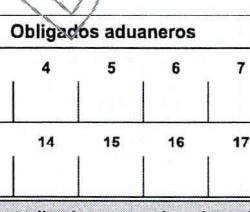
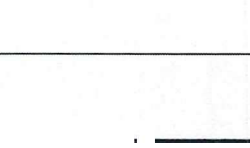
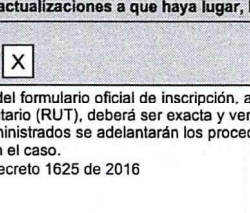
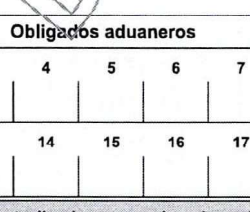
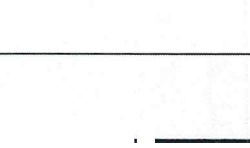
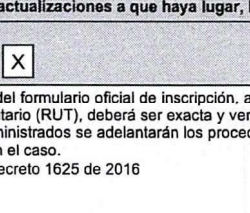
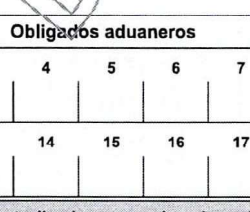
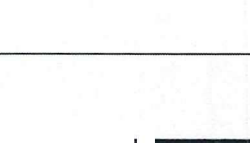
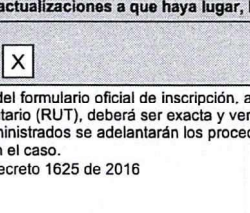
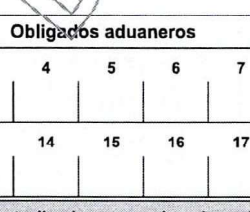
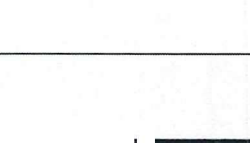
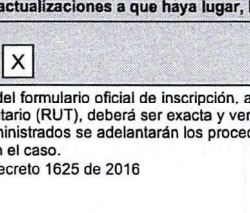
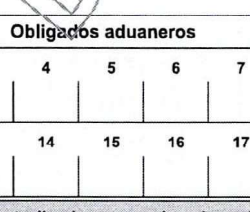
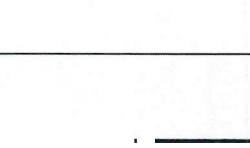
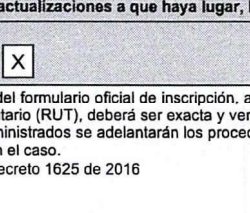
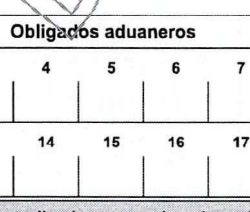
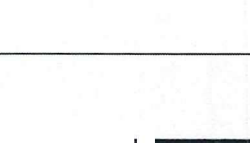
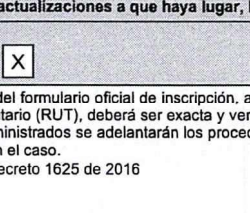
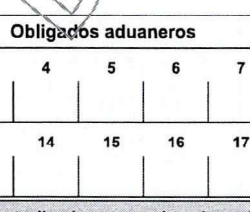
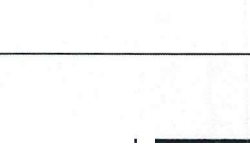
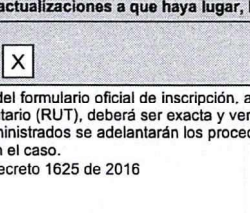
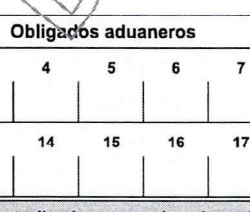
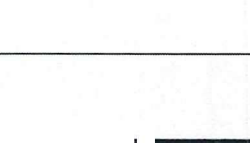
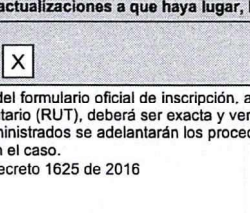
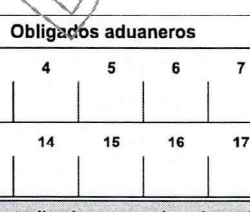
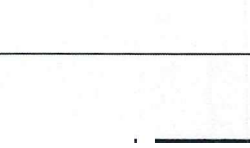
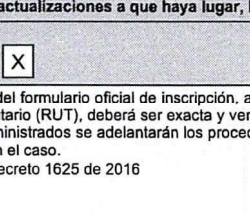
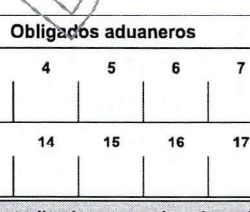
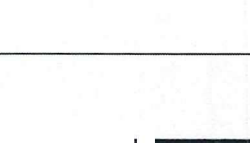
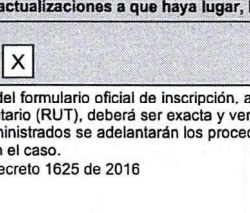
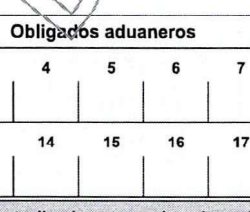
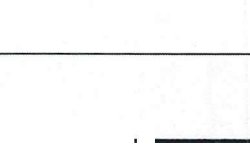
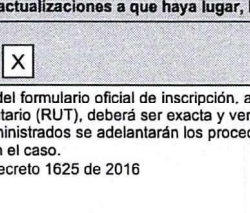
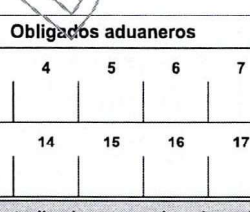
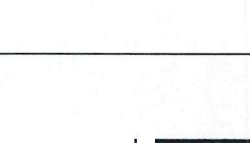
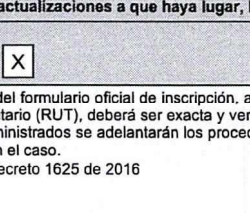
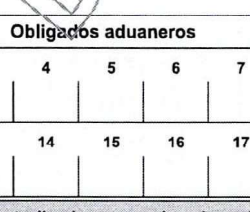
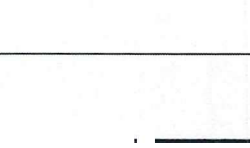
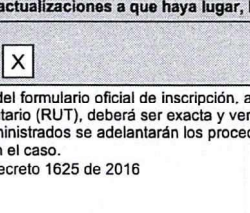
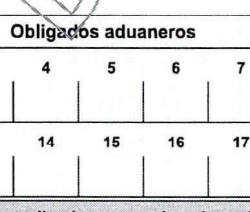
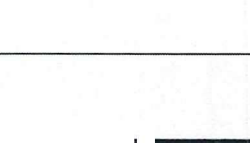
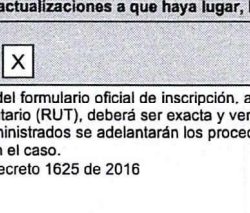
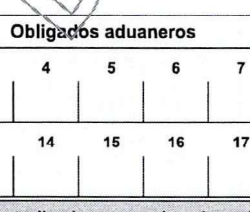
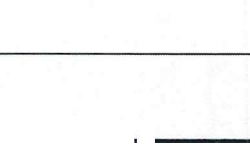
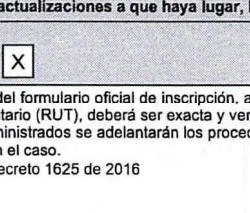
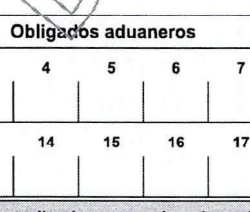
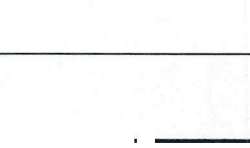
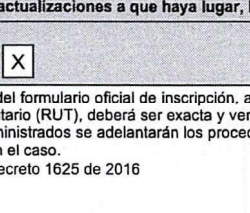
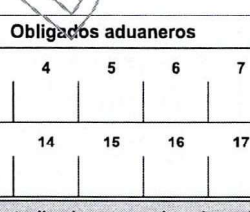
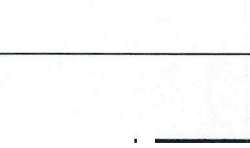
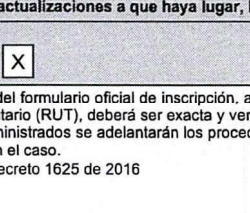
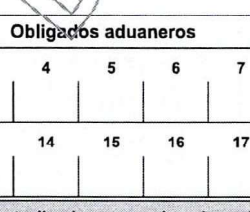
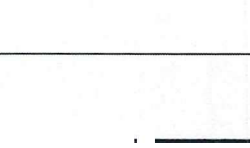
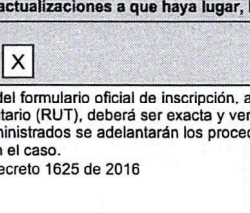
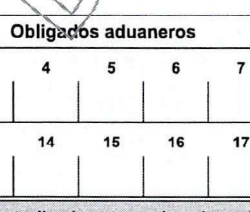
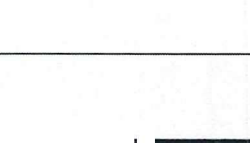
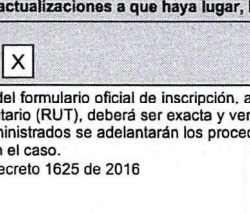
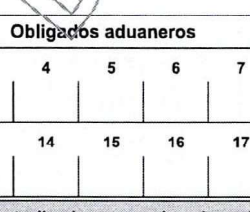
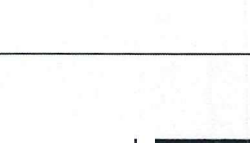
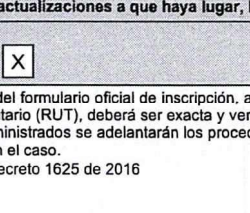
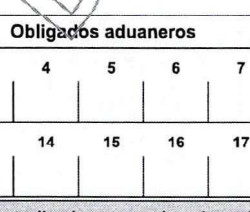
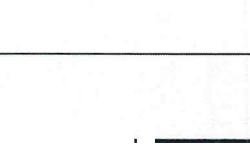
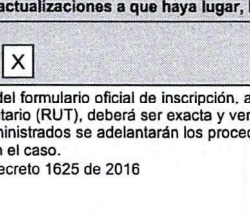
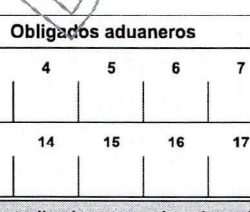
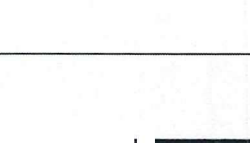
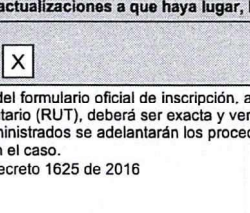
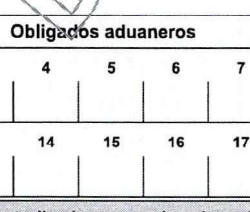
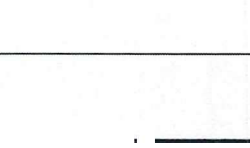
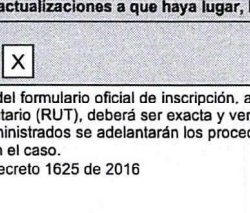
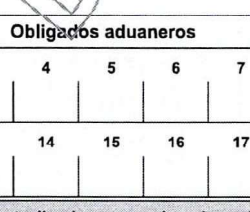
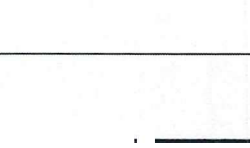
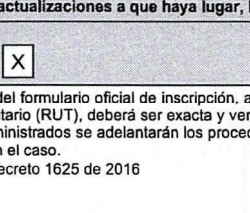
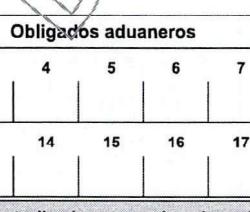
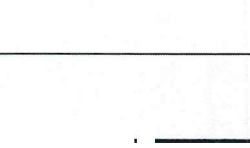
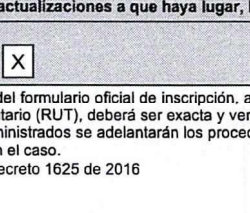
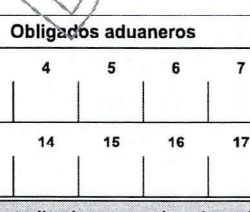
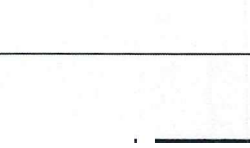
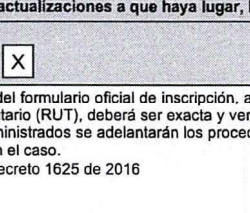
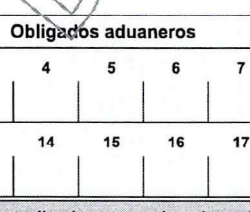
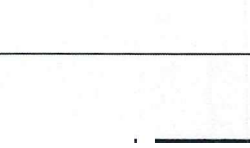
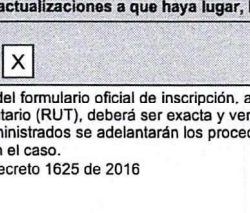
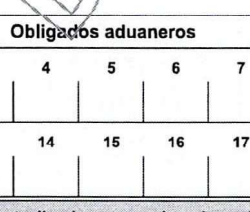
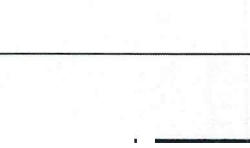
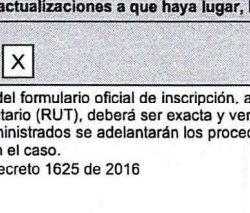
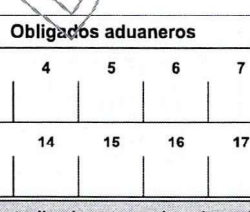
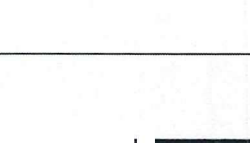
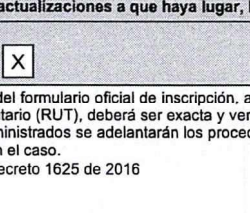
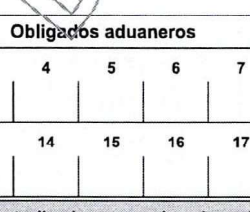
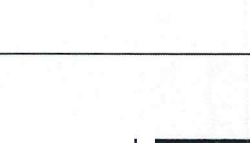
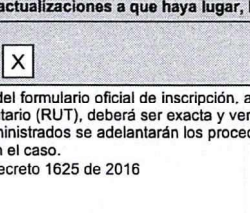
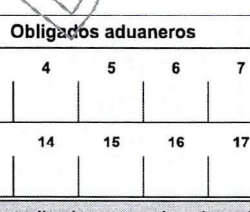
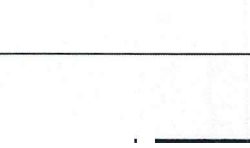
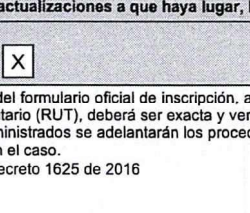
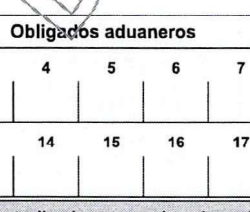
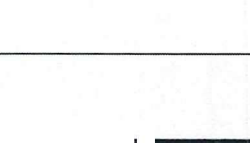
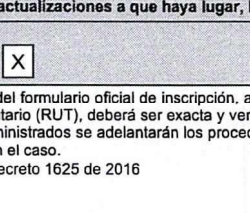
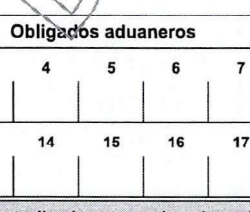
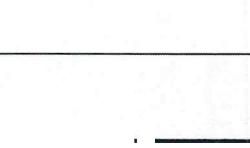
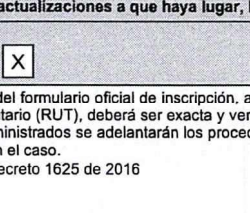
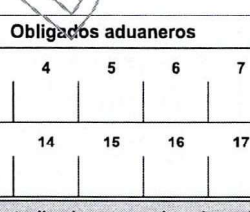
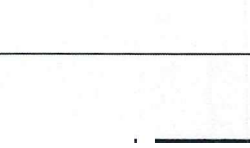
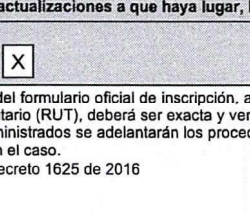
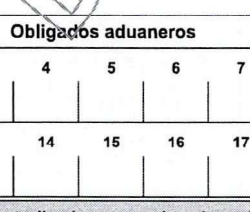
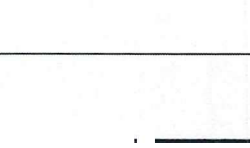
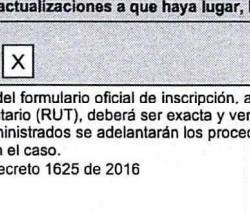
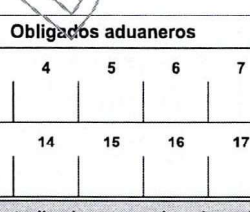
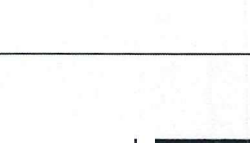
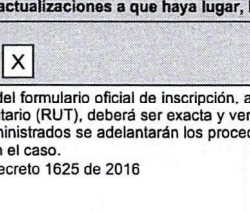
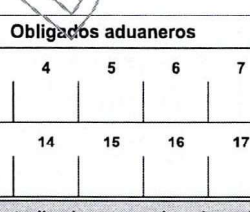
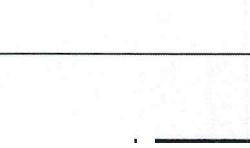
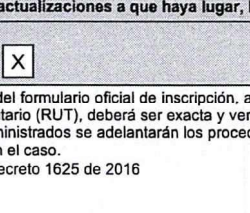
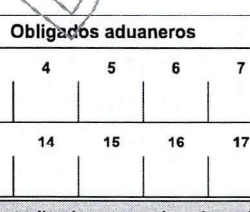
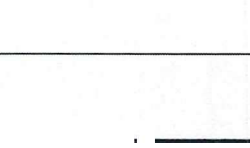
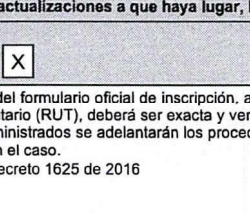
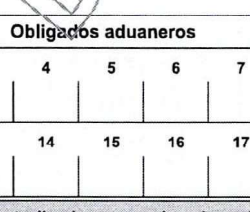
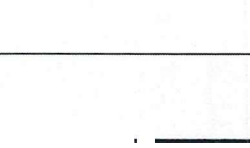
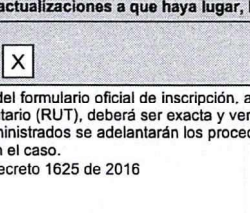
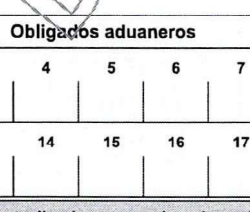
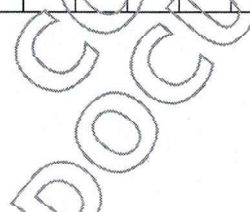
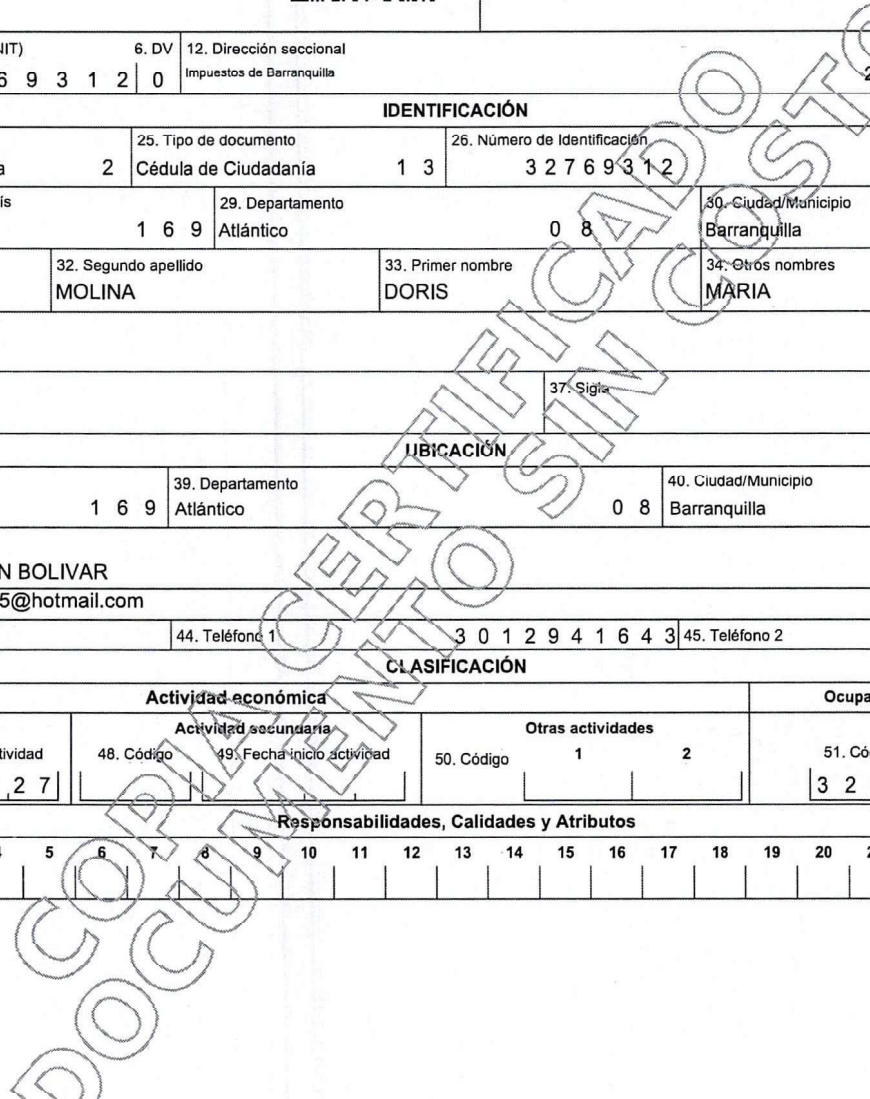
43. Código postal
44. Teléfono 1: 3 0 1 2 9 4 1 6 4 3
45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0
20- Obtención NIT



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DORIS	MARIA	PADILLA	MOLINA

Documento de identificación
Tipo Número Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$1.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NINGUNO	COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	\$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
NINGUNO	\$0,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WILFRIDO	ALBERTO	ORELLANOS	RAMOS

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

--

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadanía	32769312	DORIS	PADILLA

Confirme los números de la Imagen *

4116

Cambiar

9235

Verificar Registro en ReTHUS Limpia

Resultado General -2023-10-23--11:43:19 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	32769312	DORIS	MARIA	PADILLA	MOLINA	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) DORIS MARIA PADILLA MOLINA identificado(a) con CC 32769312 registra La siguiente información:

2023-10-23--11:43:19 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de consultorio odontológico	2003-05-15	1458	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico
AUX	Local	Auxiliar de higiene oral	2009-02-03	432	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).

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](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202398594

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000005956 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS
29 05 2024 **01 06 2024 23:59** **01 06 2025 23:59 365** **29 05 2024**
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION** DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS
 VIGENCIA DEL ANEXO **01 06 2024 23:59** **01 06 2025 23:59 365**
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR
 NOMBRE: **DORIS MARIA PADILLA MOLINA** IDENTIFICACIÓN: CC **32.769.312**
 DIRECCIÓN: **CL 17 E 6 D 25 SIMON BOLIVAR** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3012941643**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO
 ASEGURADO: **DORIS MARIA PADILLA MOLINA** IDENTIFICACIÓN: CC **32.769.312**
 DIRECCIÓN: **CL 17 E 6 D 25 SIMON BOLIVAR** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3012941643**
 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		\$ 30,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		30,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		30,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		30,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		30,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		3,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS
 TOMADOR: **PADILLA MOLINA, DORIS MARIA**
 ASEGURADO: **PADILLA MOLINA, DORIS MARIA**
 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: \$ ****30,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****18,132	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****5,345	TOTAL A PAGAR: \$ *****33,477
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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)00000000007000320239859 **FIRMA TOMADOR**

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

CDDA207A0C06F47B56

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

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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000005956 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

ASEGURADO: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

CONDICIONES GENERALES:

Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 <https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA->

PROFESIONAL-17032021.pdf

AMPARO BÁSICO:

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
- " Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

- Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.
- " Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
- " Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

- " No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
- " Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
- " Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
- " Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
- " Cláusula de no renovación tácita o automática.
- " Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

DEDUCIBLES:

- " Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
- " Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:

- Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:
- " Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
 - " Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
 - " Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
 - " Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
 - " Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
 - " Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.
 - " Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
 - " Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
 - " Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
 - " Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
 - " Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000005956 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

ASEGURADO: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
" Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,
(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.
(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

- No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
 - Pérdida cibernética.
 - Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
- En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
- Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000005956 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

ASEGURADO: DORIS MARIA PADILLA MOLINA

IDENTIFICACIÓN: CC 32.769.312

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

" Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

- " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
- " Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

" Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS: Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.



**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 32769312** **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 02:37 PM



Código Verificación: **L38R25DQ4K**

Válida hasta: **19/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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