



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Duque		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lamadrid			NOMBRES Edelmira		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22647051				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 DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="1980"/>				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 21 N 23 33 Apto Centro - Soledad			
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD		MUNICIPIO SOLEDAD		TELÉFONO 3923868	
MUNICIPIO SOLEDAD				EMAIL ededuque02@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X			11	2012	2633
PREGRADO	8	X		FISIOTERAPIA	08	2005	2633

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)

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SOLEDAD			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6053930831	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD			DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						

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 6053930831	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD			DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						

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 6053930831	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD			DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						

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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	09	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	07	Año	2024	Día	31	Mes	08	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 8562 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día	30	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 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 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 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 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	12	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CALLE 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPIA			DEPENDENCIA CENTRO DE SALUD DE I NIVEL					DIRECCIÓN CALLE 40 33 6 COSTA HERMOSA						

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 3017606029			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPIA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 3017606029			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPIA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 3017606029			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPIA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						
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 3017606029			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	10	Año	2023	Día	31	Mes	10	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENCIAL EN SALUD			DEPENDENCIA AREA SALUD. AREA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 calle 40 N 33-06 COSTA HERMOSA						
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 6053930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	07	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6 COSTA HERMOSA						

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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	04	Año	2023	Día	30	Mes	06	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA						
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	02	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	03	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA - SOLEDAD						
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	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA						
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	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						
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	10	Año	2022	Día	31	Mes	10	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						

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 3930831			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 DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						
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	08	Año	2022	Día	31	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						
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	07	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						
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	06	Año	2022	Día	30	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						
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	02	Mes	05	Año	2022	Día	31	Mes	05	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06 COSTA HERMOSA SOLEDAD						

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 3930831			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 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 AREA DE LA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 - 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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 SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	01	Año	2022	Día	31	Mes	01	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	11	Año	2021	Día	30	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021	Día	31	Mes	10	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 N 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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 SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	12	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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 SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2020	Día	31	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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 SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06 COSTA HERMOSA - SOLEDAD						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	08	Año	2020	Día	31	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 39 36 01 COSTA HERMOSA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2020	Día	31	Mes	07	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	06	Año	2020	Día	30	Mes	06
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	04	Mes	05	Año	2020	Día	31	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA HMI COSTA HERMOSA					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	04	Año	2020	Día	30	Mes	04
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA HMI COSTA HERMOSA					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	02	Mes	03	Año	2020	Día	31	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA HMI COSTA HERMOSA					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	03	Mes	02	Año	2020	Día	29	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA HMI COSTA HERMOSA					DIRECCIÓN CARRERA 39 N 36 01 COSTA HERMOSA				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	03	Año	2019	Día	14	Mes	07	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN GRANABASTOS KM 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	11	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OFICINA DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN GRANABASTOS						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	08	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OFICINA DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN GRANABASTOS						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	30	Mes	09	Año	2016	Día	31	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA OFICINA DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN GRANABASTOS						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	11	Mes	09	Año	2015	Día	15	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN MANUELA BELTRAN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	05	Año	2015	Día	30	Mes	06	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN MANUELA BELTRAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				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	2014	Día	31	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN MANUELA BELTRAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 39759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	04	Año	2013	Día	30	Mes	11	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN MANUELA						

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						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.647.051**

DUQUE LAMADRID
APELLIDOS

EDELMIRA
NOMBRES

Edelmira Duque Lamadrid
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1980**

SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-NOV-1998 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-0305200-00179910-F-0022647051-20090920 0016325794A 1 5020030340

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
ALCALDIA DE SOLEDAD

Período 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, EDELMIRA DUQUE LAMADRID

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. No. 22647051

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SOLEDAD

DIRECCIÓN: CALLE 21 – 23 33

TELÉFONO: 3017606029

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGEL GABRIEL DE LEON DUQUE	1130266556	HIJO(A)
SALOMON GAEL DE LEON DUQUE	1130274334	HIJO(A)
JAVIER EDMUNDO DUQUE QUINTERO	8754032	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$24.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$24.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0550488402285560	SOLEDAD	\$0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES

FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Edgardo Duque L

SOLEDAD, 18 FEB 2025

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**



Identificación Unica del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

Edelmira Duque Lamadrid

CC 22647051

Universidad Simón Bolívar

Barranquilla

Fecha Expedición Diploma: 2005-12-15

Fecha Inscripción RETHUS: 2005-12-26



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar
al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co



Firma Representante Legal

COLFI - 03648

Firma

Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

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
<input type="text" value="Cedula de Ciudadania"/>	<input type="text" value="22647051"/>	<input type="text" value="EDELMIRA"/>
Primer Apellido	Confirme los números de la Imagen *	
<input type="text" value="DUQUE"/>	 <input type="text"/>	
	<input type="button" value="Cambiar"/>	
	<input type="text" value="7733"/>	

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-29→6:23:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22647051	EDELMIRA		DUQUE	LAMADRID	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) EDELMIRA DUQUE LAMADRID identificado(a) con CC 22647051 registra La siguiente información:

2023-12-29→6:23:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2005-12-26	3827	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).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202582031

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000008162 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO							
21	04	2025	15	04	2025	23:59	15	04	2026	23:59	365	21	04	2025						
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						
15	04	2025	23:59	15	04	2026	23:59	365						
VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EDELMIRA DUQUE LAMADRID** IDENTIFICACIÓN: CC **22.647.051**

DIRECCIÓN: CL 21 23 33 CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: 3017606029

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EDELMIRA DUQUE LAMADRID** IDENTIFICACIÓN: CC **22.647.051**

DIRECCIÓN: CL 21 23 33 CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: 3017606029

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: CALLE 21 No. 23-33

ACTIVIDAD: **FISIOTERAPEUTA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: DUQUE LAMADRID EDELMIRA
ASEGURADO: DUQUE LAMADRID EDELMIRA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: **FISIOTERAPEUTA**
ESPECIALIZACION: **NINGUNA**

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 15 del mes de ABRIL del año 2025 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****50,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ *****12,350	TOTAL A PAGAR: \$ *****77,350
--	--------------------------------	--	------------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GRUPO LICITAMOS LIMITADA	9726	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y 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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320258203

FIRMA TOMADOR

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

EXT. SMATALLANA 0

CDDA207A0A07FE7E5C CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000008162 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EDELMIRA DUQUE LAMADRID

IDENTIFICACIÓN: CC 22.647.051

ASEGURADO: EDELMIRA DUQUE LAMADRID

IDENTIFICACIÓN: CC 22.647.051

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

CONDICIONES GENERALES:

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

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf

(aseguradorasolidaria.com.co)

<<https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/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.
- TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
- TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

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 adicionan 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.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000008162 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EDELMIRA DUQUE LAMADRID

IDENTIFICACIÓN: CC 22.647.051

ASEGURADO: EDELMIRA DUQUE LAMADRID

IDENTIFICACIÓN: CC 22.647.051

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

- 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 ésta 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.
 - 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 gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
 - Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

- 2.5.
- 2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
- 2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

- EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
- CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

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,

- 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
- 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
- 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.
- 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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000008162 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EDELMIRA DUQUE LAMADRID**

IDENTIFICACIÓN: CC **22.647.051**

ASEGURADO: **EDELMIRA DUQUE LAMADRID**

IDENTIFICACIÓN: CC **22.647.051**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 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.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. 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.

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:

ü Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

ü 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.



CERTIFICADO

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

21/03/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora EDELMIRA DUQUE LAMADRID** con **Cédula de Ciudadanía** número **22647051**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550488402285560**
Fecha de apertura **15/11/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



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

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 22647051 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 18/02/2025 08:05 PM



Código Verificación: **J2HM1SEDUP**

Válida hasta: **20/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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