



FORMATO COMPLETO

ENTIDAD RECEPTORA

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rivera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Trejos			NOMBRES Julia Estella	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32712489				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 04 AÑO 1967				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 41 68 16 201 RECREO		
PAÍS COLOMBIA		DEPTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CÓRDOBA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA
TELÉFONO 3000395		EMAIL juliaesriveratrejos@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	1987
										<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	12	X		MEDICINA	06	1995	810

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	10	2020
VIRTUAL	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	10	2020
VIRTUAL	GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SPORTE VITAL AVANZADO	10	2020
VIRTUAL	POLITECNICO MAYOR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION PREVALENTE INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES	09	2020

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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

3

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 DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	08	Año	2018	Día	31	Mes	08	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS					DIRECCIÓN CALLE 53 N 8 38						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PROENSALUD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4449981			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	02	Año	2012	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DE PROMOCION Y PREVENCION			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN CARRERA 16 47 B 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CAPRECON				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	09	Año	2009	Día	15	Mes	02	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO PYP			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN LIQUIDADA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD REDEHOSPITAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	23	Mes	11	Año	2004	Día	15	Mes	09	Año	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 23 11 29						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION MUTUALLIPAYA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	03	Mes	05	Año	1999	Día	31	Mes	05	Año	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN LIQUIDADADA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PRODECO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	26	Mes	05	Año	1997	Día	25	Mes	08	Año	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD OCUPACIONAL					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION MUTUAL LIPAYA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	01	Año	1997	Día	23	Mes	05	Año	1997
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL JUAN DOMINGO ROMERO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	17	Mes	11	Año	1995	Día	17	Mes	11	Año	1996
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN Sin dirección						

4

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	18	10

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.712.489**
RIVERA TREJOS

APELLIDOS
JULIA ESTELLA

NOMBRES



FIRMA



MOICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1967**

GUAIMARAL
CORDOBA (BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **A+** **F**
ESTATURA G.S RH SEXO

30-AGO-1985 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL
CAROL DE ABEL SANCHEZ TORRES



A-0300100-00211622-F-0032712489-20100129

0020448270A 1

3000587638



4. Número de facturas



(415)7707212484(0020)001402307364 4

5. Número de identificación tributaria (NIT)

6. D.V.

12. Administración

14. Buzón electrónico

3 2 7 1 2 4 8 9

1

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o su [2]	25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía [1 3]	26. Número de identificación: 3 2 7 1 2 4 8 9	27. Fecha expedición: 1985 08 30
28. País: COLOMBIA [1 6 9]		29. Departamento: Atlántico [0 8]	30. Ciudad/municipio: Barranquilla [0 0 1]
31. Primer apellido: RIVERA	32. Segundo apellido: TREJOS	33. Primer nombre: JULIA	34. Otro nombre: ESTELA
35. Puesto social:			
36. Institución comercial:			

UBICACION

36. País: COLOMBIA [1 6 9]	38. Departamento: Atlántico [0 8]	40. Ciudad/municipio: Barranquilla [0 0 1]
41. Dirección: C. R. 1 J. 1 4, 5, D. 2 7		
42. Carga tributaria:	43. Formas de pago:	44. Teléfono 1: 3 8 5 8 2 2
45. Teléfono 2:		

CLASIFICACION

Actividad económica				Otras actividades		Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8 5 1 2	47. Fecha base anterior: 2005 07 25	48. Código: 2 0	49. Fecha base anterior:	50. Código: 1	51. Código: 2	52. Código: 2 2 1	53. Número de ocupación:

Responsabilidades

54. Código: 2 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

20. Colocación NIT Cda 3028 de 1987 (Ad 3rd)

Importadores

Exportadores

54. Código: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Forma:	56. Tipo:	57. Bodega:	1	2	3	58. Bodega:	1	2	3
59. CPC:		60. CPC:				61. CPC:			

Para uso exclusivo de la DIAN

62. Anuncio:	63. No. de Folios:	64. Fecha:
		2005 07 25

La información contenida en el presente, será responsable del Cargador de la misma y no será responsable de la DIAN por la información contenida en el presente, con excepción de la información que sea incorrecta por ser suministrada por el contribuyente.

Atentamente
Barranquilla, el 21 de Agosto de 2005.

Firma del contribuyente:

En presencia de los verificadoros que la DIAN nombre.

Firma del funcionario autorizado:

65. Nombre: LEIDY QUINTERO MONADA

66. Cargo: CARGO



FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Julia Estalla Rivera Tragos
 IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 32.712.489 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 País Colombia Departamento Atlántico Municipio Barranquilla
 Dirección cil 68 B # 29 - 20 Teléfonos 316 500 5593

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Gabriela Martínez Rivera</u>	<u>1.234.097.303</u>	<u>Hija</u>

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	<u>36.000.000</u> -
TOTAL	\$36.000.000 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Daviivenda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>027670043168</u>	<u>B/Quilichao</u>	<u>0=</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>Inmueble</u>	<u>Km 10 CI # 53 A 33</u>	<u>35.000.000</u> -

EMPLADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

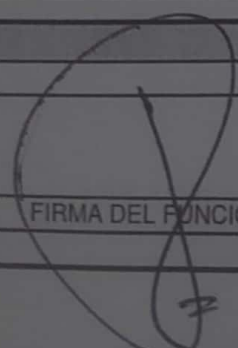
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soladew - BIC 15/2022
CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro No. 10197

U.S.
Pais Medico

Nombre y Apellido:
JULIA ESTELLA RIVERA TREJOS

C.C. 32752489 De BARRANQUILL
Universidad Ciudad

LIBRE ATLANTICO BARRANQUIL
Codigo 18523/ Fecha de Expedición 04/17/93

FIRMA MINISTRO DE SALUD

[Signature]

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.



CERTIFICADO

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

25/01/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JULIA ESTELLA RIVERA TREJOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **32712489**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570027670043168
Fecha de apertura	10/09/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



SEGUROS DEL ESTADO
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BARRANQUILLA	SUCURSAL BARRANQUILLA	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 85-03-101007990	ANEXO No. 2
TOMADOR JULIA ESTELLA RIVERA TREJOS		CC 32.712.489		
DIRECCION CL 68 B NRO. 29 - 20		CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3165005593	
ASEGURADO JULIA ESTELLA RIVERA TREJOS		CC 32.712.489		
DIRECCION CL 68 B NRO. 29 - 20		CIUDAD BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELEFONO 3165005593	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 10 / 07 / 2024	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 25 / 07 / 2024 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 25 / 07 / 2025		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 25 / 07 / 2024 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 25 / 07 / 2025	
INTERMEDIARIO JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI	CLAVE 20358	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO				
RIESGO: 1				
ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL				
-				
DESCRIPCION PERJUICIO PATRIMONIAL	AMPAROS ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD	SUMA ASEGURADA \$ 300,000,000.00 \$ 300,000,000.00	% INVAR	SUBLIMITE \$ 60,000,000.00
DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD				
LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - \$ 15,000,000.0				
OBJETO DE LA POLIZA:				
TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ *****300,000,000.00		PRIMA: \$ *****243,818.00		
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA: \$ *****46,325.00		
		TOTAL A PAGAR: \$ *****290,143.00		

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 58 NO. 70-136, TELÉFONO 3681078 - BARRANQUILLA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 7709998021167 (8020) 11013609570042 (3900) 000000290143 (96) 20240908

**REFERENCIA PAGO:
1101360957004-2**

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO
DEPARTAMENTO DE LA SALUD DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA

[Firma Autorizada]

85-03-101007990

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

DIANYSALVARADO

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330