



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 Torres		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Mejía		NOMBRES Dayana Liceth	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No <u>1080013958</u>		GENERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>17</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1990</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 19 33 61 CASA SAN JOSE			
PAÍS <u>COLOMBIA</u>		PAÍS <u>COLOMBIA</u>		DEPTO <u>SUCRE</u>	
DEPTO <u>MAGDALENA</u>		MUNICIPIO <u>SAN MARCOS</u>			
MUNICIPIO <u>SITIONUEVO</u>		TELÉFONO		EMAIL <u>dayistm@hotmail.com</u>	

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

<b>EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA</b>														
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	2007

<b>EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)</b>							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X			06	2020	

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## 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)

**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
INGLÉS	X			X			X		

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE SAN MARCOS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SUCRE			MUNICIPIO SAN MARCOS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126216337			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	07	Mes	09	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CALLE 15 34 59						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MANTERNO INFANTIL EL PARQUE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	22	Mes	01	Año	2020	Día	13	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ODONTOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 43 43A 11						

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

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

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	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	1
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



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

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 **1.080.013.958**

**TORRES MEJIA**

APELLIDOS

**DAYANA LICETH**

NOMBRES

*Dayana Torres Mejia*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1990**

**SITIONUEVO**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**

ESTATURA

**A-**

G.S. RH

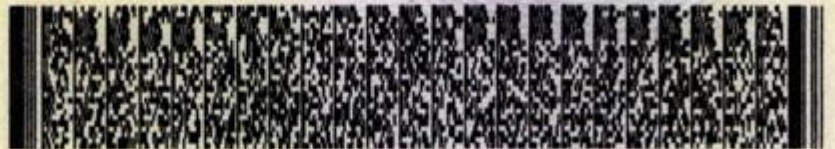
**F**

SEXO

**24-NOV-2008 SITIONUEVO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2107900-00159298-F-1080013958-20090613

0012502121A 1

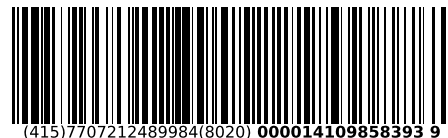
26666212



2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141098583939



(415)7707212489984(8020) 000014109858393 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 0 0 1 3 9 5 8

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 8 0 0 1 3 9 5 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Sitio nuevo

7 4 5

31. Primer apellido

TORRES

32. Segundo apellido

MEJIA

33. Primer nombre

DAYANA

34. Otros nombres

LICETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Sitio nuevo

7 4 5

41. Dirección principal

CL 4 15 22

42. Correo electrónico

dayistm@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 4 5 9 7 5 0 2

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
8 6 2 2	2 0 2 0 0 7 2 4	4 7 1 1	2 0 2 2 0 1 0 4				

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
												58. CPC			

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, DAYANA LICETH TORRES MEJIA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.080.013.958 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio SOLEDAD

Dirección CARRERA 34# 39-27 Teléfonos 3004597502

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	30,000,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	2,500,000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	\$ 32,500,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	43413019355		

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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


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

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

 _____ FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Julio/2025 Soledad-Atlántico _____ CIUDAD Y FECHA
---	---

GAF-08



La salud  
es de todos

Minsalud



COLEGIO  
COLOMBIANO DE  
ODONTÓLOGOS

## Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud



Dayana Liceth Torres Mejía  
Odontólogo

**C.C. 1.080.013.958**

Universidad Metropolitana  
Barranquilla

Diploma: 24/07/2020  
RETHUS: 26/10/2021

Esta tarjeta es un documento público y 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 Odontólogo: [contacto@colegiodeodontologos.org](mailto:contacto@colegiodeodontologos.org)



CCO- 019150

**Duvan Franco Mendoza**  
**Representante Legal**  
Colegio Colombiano de Odontólogos



NIT 901279209-9

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

FOTO

FECHA	11/07/2025	EMPRESA	PARTICULAR	
TIPO DE EXAMEN:	NOMBRE		C.C	CIUDAD
INGRESO	DAYANA TORRES MEJIA		1080013958	BARRANQUILLA ATLANTICO
				ASISTENCIAL

## A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	OPTOMETRIA	VISIOMETRIA	LABORATORIOS
X					
PRUEBA PSICOTECNICA	OTROS				

## EXAMEN DE INGRESO

SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

## CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
CONTROL PERIODICO PP POR EPS	SI	DIETA	SI
REMISION A EPS POR:	NUTRICION	EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM	SI
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI	DEJAR EL HABITO DE FUMAR	NO
REMISION A ARL PARA MANEJO DEL CASO	NO	REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL	NO
SEGUIMIENTO CASO ARL	NO		

## OCUPACIONALES

## INCLUIR SVE

CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	VISUAL	CARDIOVASCULAR	AUDITIVO
HIGIENE POSTURAL	SI			
UTILIZACION DE EPP	SI	PSICOLABORAL	RESPIRATORIO	BIOLOGICO
UTILIZACION DE AYUDAS ERGONOMICAS	NO			
REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO	ERGONOMICO	QUIMICO	

## RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

## VALORACION POR NUTRICION

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

NOMBRE DEL MEDICO

JAIDER ALBERTO MESINO MESINO  
 FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL



Dr. Jaider Mesino Mesino  
 Medico Especialista  
 Salud Ocupacional  
 N.M. 020528 UBOC-IPR

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C

1080013958

IPS VALMES

Teléfonos: 6053131817 - 3126682259

 Dirección: Cra 50 # 84-110 local 2C edificio Laura  
 ipsvalmes@gmail.com

Correo:



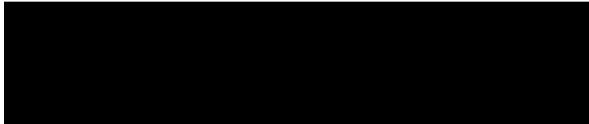
¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!

Estimado,  
TORRES MEJIA DAYANA LICETH

¡Nos encanta tenerte  
como miembro de la familia  
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.



Revisa por favor los siguientes enlaces:



Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo 

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

ESMERAL HERRERA YOLEYDIS CECILIA  
Móvil: 3762308  
Email: YESMERAL23@HOTMAIL.COM

No olvides ingresar a  para registrarte en la plataforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a  para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y síguenos en nuestras redes para estar al tanto de novedades, tips, eventos:



@mapfreco



@MAPFRE\_CO



@MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO



¿Necesitas Asistencia?  
ESCANÉAME



**INFORMACIÓN GENERAL**

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	BARRANQUILLA	CALLE 77 B NO. 57 - 141 LOCAL 103	BARRANQUILLA
<b>TOMADOR</b> TORRES MEJIA DAYANA LICETH		<b>NIT / CC</b> 1080013958	<b>DIRECCIÓN</b> CL 76B 42F 24	<b>CIUDAD</b> BARRANQUILLA	<b>TELEFONO</b> 4597502
<b>ASEGURADO</b> TORRES MEJIA DAYANA LICETH		<b>NIT / CC</b> 1080013958	<b>DIRECCIÓN</b> CL 76B 42F 24	<b>CIUDAD</b> BARRANQUILLA	<b>TELEFONO</b> 4597502
<b>ASEGURADO</b> N.D.		<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b> N.D.
<b>BENEFICIARIO</b> CUALQUIER TERCERO AFECTADO		<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b> N.D.

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
ESMERAL HERRERA VOLEYDIS CECILIA	AGENTE INDEPENDIENTE	97077	3762308	100,00

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
19	6	2025	00:00	18	6	2025	365	INICIACIÓN	00:00	18	6	2025	365
			00:00	18	6	2026		TERMINACIÓN	00:00	18	6	2026	

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

ACTIVIDAD: ODONTOLOGIA GENERAL  
 ESPECIALIDAD: ODONTOLOGIA GENERAL  
 DIRECCION DEL RIESGO:  
 DEPARTAMENTO: ATLANTICO  
 CIUDAD: BARRANQUILLA



**COBERTURAS**

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$80.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$200.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$200.000.000,00	10 % PERD

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:

Comunícate al  
 01 8000 519 991 a nivel nacional,  
 3077024 desde Bogotá,  
 o desde tu celular al #624  
 Ingresa a nuestra web en  
[www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)



**VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)**

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 161.534,00	\$ 20.000,00	\$ 181.534,00	\$ 34.491,00	\$ 216.025,00



\*(415)7707289180029(8020)031860715510(3900)0000216025(96)20250618\*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA, A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

**CLAUSULAS**

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**AMPAROS**

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LÍMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

**DEDUCIBLES:**

**BÁSICO:**

VALORES ASEGURADOS DE \$25.000.000 A \$125.000.000: 10% MÍNIMO \$ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE \$150.000.000 A \$1.500.000.000: 10% MÍNIMO \$ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

**CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-9 PBX: +60 (1)6503300 fax: +60 (1)6503400 www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.com.co A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

VTE-288-NOV/03

SMMLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO  
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.



# Certificación Bancaria

Viernes, 11 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DAYANA LICETH TORRES MEJIA identificado(a) con CC 1080013958, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	43413019355	2020-08-28	ACTIVO	*****

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local (57-5) 361 88 88 - Cali - Local (57-2) 554 05 05. Resto del país: 01800 00 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 905 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Urbe,  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [comosospedidos@bancolombia.com.co](mailto:comosospedidos@bancolombia.com.co)