



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 Giraldo		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Solano		NOMBRES Loraine	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1140860656		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES 05 AÑO 1993		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 20 28 55 hipodromo			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD			
MUNICIPIO SOLEDAD		TELÉFONO 3462242		EMAIL loragirasola2@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)															
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:															
TC (TÉCNICA)				TL (TECNOLÓGICA)				TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)				UN (UNIVERSITARIA)			
ES (ESPECIALIZACIÓN)				MG (MAESTRÍA O MAGISTER)				DOC (DOCTORADO O PHD)							
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).															
MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL								
		SI	NO		MES	AÑO									
PREGRADO	12	X		MEDICINA	05	2016									

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)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO
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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			<i>DEPENDENCIA</i> "CONSULTA EXTERNA"				<i>DIRECCIÓN</i> AVENIDA CARRERA 18 25 15 ESTE							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	04	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2024	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONSULTA EXTERNA P Y P			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTA EXTERNA- MEDICO PYP				<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 49 77 75 hospital materno infantil							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA			<i>DEPENDENCIA</i> "CONSULTA EXTERNA"				<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 23 A 33 1 , costa hermosa							
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CLINICA GENERAL DEL NORTE				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA				<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>							
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>				<i>FECHA DE RETIRO</i>							
			<i>Día</i>	11	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2018	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> REQUIERE CORRECION			<i>DEPENDENCIA</i> A Y B				<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 30 17 109							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE DE CALDAS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS			MUNICIPIO NEIRA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	12	Mes	09	Año	2016	Día	11	Mes	09	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONSULTA EXTERNA / HOSPITALIZA			DEPENDENCIA A TERMINO FIJO					DIRECCIÓN CALLE 87 35 null						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SOLEDAD 18/02/2025

Peneire Emilio S.

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 **1.140.860.656**
GIRALDO SOLANO

APELLIDOS
LORAINE

NOMBRES

Lorraine Giraldo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1993**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

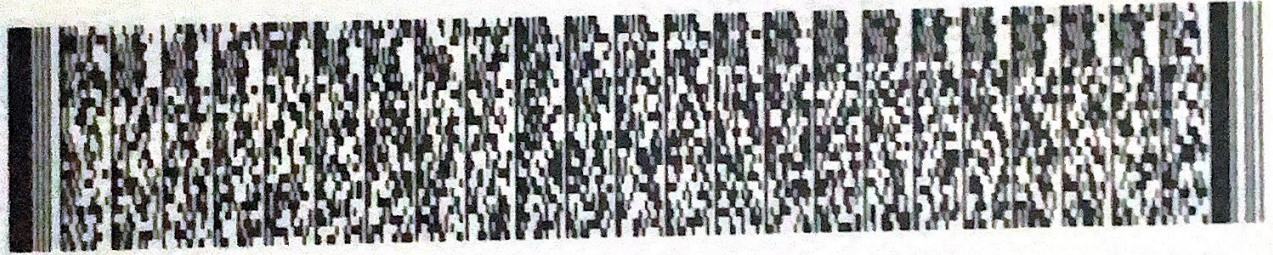
B+
G.S. RH

F
SEXO

17-JUN-2011 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0300150-00383924-F-1140860656-20120622

0030249733A 1

38330728



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
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, LORAINE GIRALDO SOLANO				
IDENTIFICADO CON:	CC X	C.E.	T.I.	N° 1.140.860.656
CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	COLOMBIA	Departamento	ATLANTICO	Municipio SOLEDAD
Barrio-Dirección	CALLE 20 #28 A 55 HIPODROMO		Teléfonos	3046746478
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	
NELLY DEL CARMEN SOLANO DE LA HOZ		32.817.506	MADRE	
WINDER JOSE GIRALDO ORTIZ		8.756.617	PADRE	
KAREN DEL ROCIO GIRALDO SOLANO		55.301.865	HERMANA	
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		4.699.940		
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS		-		
GASTOS DE REPRESENTACION		-		
ARRIENDOS		-		
HONORARIOS		-		
OTROS INGRESOS Y RENTAS		-		
TOTAL		\$ 4.699.940		
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BBA	AHORRO	476273859	SOLEDAD	\$ -
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN		VALOR	

--	--	--

EMPLEADOR O CONTRATANTE



MINSALUD

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

LORAINE GIRALDO SOLANO

C.C o C.E 1140860656

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad

Institución de Educación
U. SIMON BOLIVAR

Ciudad BARRANQUILLA

Fecha de expedición diploma



28/07/2016

Fecha de inscripción RETHUS

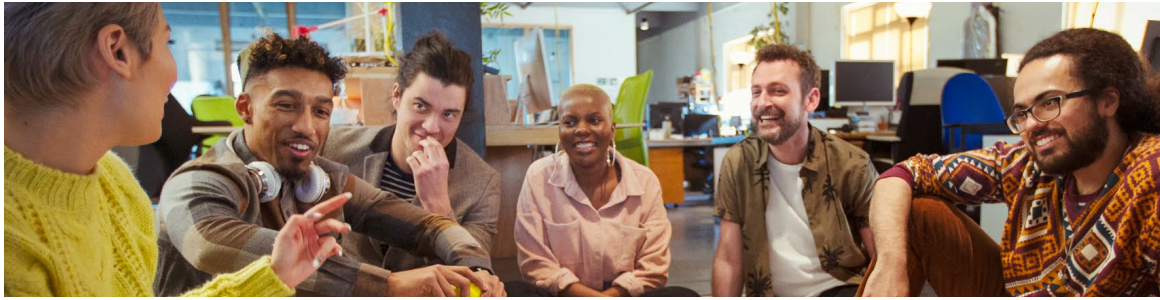
19/10/2017



1140860656

		CONCEPTO DE APTITUD LABORAL			FOTO	
FECHA	18/02/2025	EMPRESA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD			
TIPO DE EXAMEN:	NOMBRE		C.C	CIUDAD DE EXPEDICION	CARGO	
INGRESO	LORAINE GIRALDO SOLANO		1140860656	SOLEDAD	MEDICO	
A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES						
EXAMEN MEDICO	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	OPTOMETRIA	VISIOMETRIA	LABORATORIOS	
x	X			x		
PESO: 79 KG	TALLA: 158 CM		IMC:31.6			
PRUEBA PSICOTECNICA: NO	HIPOTIROIDISMO, TIROIDECTOMIA TOTAL+ VACIAMIENTO GANGLIONAR DERECHO CANCER DE TIROIDES AÑO 2018 RECAIDA LOCAL AÑO 2023 EN TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO					
ANTECEDENTES PERSONALES						
CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO						
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO		SI				
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		NA	
REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO	NO		REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL		NA	
SEGUIMIENTO CASO ARP	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		
			X			
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS						
PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCUIDADOS, CONTINUAR SEGUIMIENTOS MEDICO ESPECIALIZADOS Y TRATAMIENTO EN EPS.						
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO						
NOMBRE DEL MEDICO DAYANA TORRES SOLANO FIRMA  MEDICO ESP. GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABJO R.LIC.M 4502			FIRMA DEL TRABAJADOR 			

Correo: dayanpol0219@gmail.com



INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad y fecha BARRANQUILLA, 2024-10-11	Oficina radicación 035 - BARRANQUILLA	Número de cotización 03049137241011377253	Número de póliza 900001246918	Documento EXPEDICIÓN POLIZA NUEVA
Vigencia del seguro Desde las 24:00 horas del 2024-10-11			Hasta las 24:00 horas del 2025-10-11	
Moneda COP				Días de vigencia del seguro 365

ASESOR

Nombre LUZ HELENA OLMOS MOSCOSO	Código 48330
------------------------------------	-----------------

TOMADOR

Nombre LORAINÉ GIRALDO SOLANO	Tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA	Número de identificación 1140860656	Tomador principal ✓	Calidad Tomador En nombre propio	Dirección de correspondencia calle 20 28 a 55
----------------------------------	--	--	------------------------	-------------------------------------	--

Actividad económica del tomador principal
ACTIVIDADES DE CONSULTARÍA DE GESTIÓN



RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

ASEGURADO

Nombre LORAINÉ GIRALDO SOLANO	Tipo de identificación CEDULA DE CIUDADANIA	Número de identificación 1140860656
----------------------------------	--	--

BENEFICIARIO

TERCEROS AFECTADOS

Especialidad: Médico General-	Valor asegurado: \$200.000.000
Fecha de retroactividad: 11/10/2024	

COBERTURA	SUBLÍMITE EVENTO	SUBLÍMITE VIGENCIA	DEDUCIBLE
Gastos de Defensa	100%	100%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de defensa por tribunal de ética médica	10%	10%	0% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Gastos de Defensa (Penales)	\$20.000.000	\$20.000.000	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Asistencia jurídica telefonica			
Responsabilidad civil por fallas en el tratamiento de datos sensibles o personales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Errores y Omisiones en Dictámenes periciales	50%	50%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV
Responsabilidad Civil profesional	100%	100%	10% de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

CONDICIONES PARTICULARES

Cláusulas

Cláusula gastos de defensa en procesos penales

Se cubren los gastos de defensa en procesos penales que sean concomitantes con y surjan a raíz de la reclamación civil de

indemnización de perjuicios derivadas de daños materiales o lesiones personales. No se amparan los gastos de defensa en procesos penales sin el previo consentimiento escrito de Sura o aquellos procesos penales independientes.

Ampliación del término de revocación de la póliza

Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.

Clausula de liderato

El presente seguro lo otorga SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y lo suscribe(n) también la(s) Compañía(s) Coaseguradora(s), de acuerdo con la distribución de riesgo y de prima que se indica a continuación: Por pacto expreso, las obligaciones de las Compañías para con el Asegurado no son solidarias. La administración y atención de la póliza corresponde a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, la cual recibirá del Asegurado la prima total para distribuirla entre las Compañías Coaseguradoras en las proporciones indicadas anteriormente. En los siniestros SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A pagará únicamente la participación porcentual señalada anteriormente y además, una vez recibida la participación correspondiente de las otras Compañías, la entregará al Asegurado sin que en ningún momento se haga responsable de un porcentaje mayor al de su participación. Igualmente, las Compañías Coaseguradoras manifiestan que conocen y aceptan tanto las Condiciones Generales como las Particulares de la póliza y los demás anexos suscritos por la SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Clausula de compensación

Si debes dinero a SURA y, a su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

Condición de la póliza

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por parte del profesional de la salud.

Pago de las primas

El plazo para el pago de la prima será de 30 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Ubicación de predios

XXXXXXXXXX

Modalidad de cobertura

Claims made o reclamación

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles

Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días hábiles.

Único valor asegurado

Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática

No se acepta restablecimiento del límite asegurado en forma automática.

Exclusiones

Exclusión de servicios médicos prestados en el exterior

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de servicios médicos prestados en el exterior

Exclusión operación de bancos de sangre

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de operación de bancos de sangre

Exclusión de gastos médicos

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de gastos médicos en los que incluya el propio asegurado

Exclusión responsabilidad civil de directores y administradores

Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).

Exclusión ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Se excluyen las reclamaciones por ensayos clínicos, experimentos y manipulación genética.

Exclusión productos inseguros - defectuosos

Se excluyen las reclamaciones por productos inseguros ¿ defectuosos- fabricados, comercializados o entregados por usted

Exclusión de sangre infectada

Se excluyen las reclamaciones cuando provengan de sangre infectada

VALOR A PAGAR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Tasa	Valor asegurado	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
1,2861%o	\$200.000.000	\$257.223	\$48.872	\$306.095
Valor total a pagar más IVA				\$306.095

VALOR A PAGAR DEL SEGURO

Solución	Valor a pagar	Valor IVA	Valor total a pagar
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	\$257.223	\$48.872	\$306.095
VALOR TOTAL	\$257.223	\$48.872	\$306.095



ASESORES

Código	Nombre del asesor principal	Lider
48330	LUZ HELENA OLMOS MOSCOSO	✓

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	2009-06-01	13-18	P	013	F-01-13-064

Textos y aclaraciones del movimiento

Las asistencias de la póliza serán prestadas por Operaciones Generales Suramericana S.A.S. en todo caso Seguros Generales Suramericana S.A. será responsable frente al consumidor financiero.

DEFINICIONES

SMMLV

Salario mínimo mensual legal vigente.

SMDLV

Salario mínimo diario legal vigente.

SUBLÍMITE

Todos los valores establecidos como sublímites en cualquiera de las coberturas de esta póliza se entienden incluidos dentro de la suma asegurada o límite máximo de responsabilidad asegurado, y por lo tanto no adicionan valor asegurado.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9. Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas deseguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009965 de 2010. "Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención"

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

And GwirioG
Firma autorizada

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LORAINE GIRALDO SOLANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,140,860,656 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 476273859 aperturada el 12 de enero de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 31 de marzo de 2023.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0476273859
Cuenta de 16 dígitos:	0476000200273859
Cuenta de 20 dígitos:	00130476000200273859

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



**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 1140860656 **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 10:20 AM



Código Verificación: **G376Y8X21J**

Válida hasta: **19/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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