



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 Vizcaino		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Solano		NOMBRES Karim Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>22565455</u>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS <u>COLOMBIA</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>20</u> MES <u>10</u> AÑO <u>1981</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 8 8 59 CASA LA AURORA		
PAÍS <u>COLOMBIA</u>			PAÍS <u>COLOMBIA</u>	DEPTO <u>ATLÁNTICO</u>	
DEPTO <u>ATLÁNTICO</u>			MUNICIPIO <u>PUERTO COLOMBIA</u>		
MUNICIPIO <u>BARRANQUILLA</u>			TELÉFONO <u>3073682</u>	EMAIL <u>karimvs20@gmail.com</u>	

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	1999	

**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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	04	2014	5252
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	03	2015	5252
PREGRADO	12	X		MEDICINA	01	2007	5252

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

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

3

**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 CENTRO DE SALUD GALAPA - ATLANTICO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO GALAPA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL			DEPENDENCIA AREAS ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CALLE 12 14 20 callec12# 14-20						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD 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	15	Mes	07	Año	2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO MARIA MAGDALENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO MALAMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3145410393			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	08	Año	2018	Día	30	Mes	09	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EN CASA - CHRYTUS SINERGIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3168334275			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	09	Año	2017	Día	31	Mes	03	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO DOMICILIARIO			DEPENDENCIA ASISTENCIAL					DIRECCIÓN CARRERA 49C 84 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REINA CATALINA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3002137327			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	05	Año	2015	Día	28	Mes	02	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA MEDICA			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA - AUDITORIA					DIRECCIÓN CALLE 82 47 12						

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SALUD JESUS DE NAZARETH - ENCISO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3217711298			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	15	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2012	<i>Día</i>	08	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2015
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO GENERAL			<i>DEPENDENCIA</i> ACADEMICA ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 5 # 4-70						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 8827373			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	05	<i>Mes</i>	04	<i>Año</i>	2011	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2012
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> MEDICO MEDIO TIEMPO			<i>DEPENDENCIA</i> ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> 26 # 27 48 CALLE 26 N # 27 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SANTA LUCÍA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2008	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2011
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ADMINISTRATIVA					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SANTA LUCÍA					<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>	11	<i>Año</i>	2007	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2008
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA - ATLANTICO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SANTA LUCÍA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	03	<i>Año</i>	2007	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2007
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> Calle 7 No 4-12						

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

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	4	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	9
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>16</b>	<b>6</b>

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 09/08/2024 BARRANQUILLA*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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*

# KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO

C.C. No. 22.565.455 de Barranquilla







**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, KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 22,565,455 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio PUERTO COLOMBIA

Dirección CALLE 8 N° 8-59 BARRIO LA AURORA Teléfonos 3104745341

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ABELARDO VIZCAINO SOLANO	CC 17,094,532	PAPA
AURORA SOLANO PACHECO	CC 32,636,703	MAMA

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	3,250,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 3,250,000</b>

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	8000011364	VILLA CONTRY	\$ 5,010

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	KR 13 n° 56 C- 59 APTO 604 A	\$ 108,000,000
AUTOMOVIL	HYUNDAI	\$ 35,000,000

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
BANCO CAJA SOCIAL	HIPOTECARIO	69.000.000
FINAZAUTOS	CREDITO DE VEHICULO	100.000.000

**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 X** 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

25/02/2025 SOLEDAD

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

 REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
IDENTIFICACION UNICA DEL  
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden 08 5252/ 2007 Registro No.  
Profesión u Ocupación  
**MEDICO**

Nombres y Apellidos  
**KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO**

C.C.O.C.E. De  
**C 22565455 BARRANQUILLA**

Institución de Educación Ciudad  
**U METROPOLITANA BARRANQUILLA**

Código 333/08 Fecha de Expedición 27/08/08

FIRMA

FIRMA  
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

*Carlos José Rojas R.*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE  
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.  
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA  
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

**Atención telefónica a través del Centro de Contacto:**  
 En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

**Horario de atención:**  
 Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PORSD](#)  
[Notificaciones judiciales](#)  
[Términos y condiciones de uso.](#)



Cambiar

Resultado General -2023-01-11--8:49:33 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22565455	KARIM	PAOLA	VIZCAINO	SOLANO	Vigente	<a href="#">Ver</a>

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) KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO Identificado(a) con CC 22565455 registra La siguiente información:

2023-01-11--8:49:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2007-12-03	5252	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).



¡Qué bueno que sigues con nosotros!

Estimado,

VIZCAINO SOLANO KARIM PAOLA

¡Nos alegra que hayas renovado la protección con tu aseguradora global de confianza!

Para nosotros es una excelente noticia seguir contando con clientes como tú. Sigue disfrutando de todas las ventajas y beneficios de estar asegurado con MAPFRE y recuerda que toda la documentación de tu póliza la encuentras en los siguientes enlaces:



Recuerda que contamos con diferentes alternativas de pago. Más información, haciendo [clic aquí](#).

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

QUIROGA ANAYA DEBORA  
Móvil: 3003948111  
Email: DEQUIANA60@HOTMAIL.COM

Sigue gestionando tus productos en [\[redacted\]](#) y revisando tu perfil de [\[redacted\]](#), nuestro programa lleno de ventajas para ti. Y por supuesto, mantente al día en nuestras redes:



@mapfreco



@MAPFRE\_CO



@MAPFREco

Seguimos contigo, siempre de tu lado.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co



¿Necesitas Asistencia?  
ESCANÉAME



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

INFORMACIÓN GENERAL

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	1	1	AV. DEL MAR	Carrera 46 # 82 - 154 local 103	BARRANQUILLA
<b>TOMADOR</b> VIZCAINO SOLANO KARIM PAOLA	<b>NIT / CC</b> 22565455	<b>DIRECCIÓN</b> CL 8 # 8-59	<b>CIUDAD</b> PUERTO COLOMBIA	<b>TELEFONO</b> 3000000	
<b>ASEGURADO</b> VIZCAINO SOLANO KARIM PAOLA	<b>NIT / CC</b> 22565455	<b>DIRECCIÓN</b> CL 8 # 8-59	<b>CIUDAD</b> PUERTO COLOMBIA	<b>TELEFONO</b> 3000000	
<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
QUIROGA ANAYA DEBORA	AG.INDEPENDIENTE DEL	8147	3003948111	100,00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DÍA	MES	AÑO	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
6	8	2024	00:00	00:00	4	8	2024	365	00:00	00:00	4	8	2024	365
			TERMINACIÓN	00:00	4	8	2025		TERMINACIÓN	00:00	4	8	2025	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ACTIVIDAD: MEDICO GRAL. CON PROC. INVASIV  
 ESPECIALIDAD: MEDICO GRAL. CON PROC. INVASIV  
 DIRECCION DEL RIESGO:  
 DEPARTAMENTO: ATLANTICO  
 CIUDAD: SOLEDAD



COBERTURAS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$40.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$100.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$100.000.000,00	10 % PERD Min 500000 (PESOS COLOMBIANOS)

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
\$ 198.076,00	\$ 20.000,00	\$ 218.076,00	\$ 41.434,00	\$ 259.510,00



\*(415)7707289180029(8020)031703708185(3900)0000259510(96)20240804\*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones RENOVACION MANUAL

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 INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACION AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

ANEXOS

RC PROFESIONAL MÉDICOS

ASEGURADO: KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL- CON PROCEDIMIENTOS IVASIVOS MENORES Y MAYORE S. GERENCIA EN SALUD Y AUDITORIA MEDICA VIGENCIA: 04-08-2024/2025

MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sunset)

AMPAROS

R.C. como consecuencia de cualquier acto médico 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, e n cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalment e aceptado

LÍMITE VALOR ASEGURADO: \$100.000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 5 0% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor está incluido en e l límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 40% del límite asegurado evento / vigencia E ste valor se encuentra incluido en el límite asegurado contratado y no en ex ceso de éste.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor es tá incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

DEDUCIBLES:

e Básico 10% MÍNIMO \$500.000 e No opera para Gastos Médicos e Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

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

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 CO NDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

NO SE OTORGA

e R.C. Extracontractual e Bienes bajo cuidado tenencia y control e Restablecimiento automático de valor asegurado. e Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. e Renovación automática e R. C. Profesional del área o actividades netamente administrativas e L o s procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de u na cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de acciden te. e Provisión de servicios de emergencia/urgencia domiciliarios. e Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante l iposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medic amentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

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, cost e 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 tra nsmisible o el temor o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermeda d transmisible con independencia de cualquier otra causa o evento que contri buya 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 p resente definición:

2.1 la sustancia o el agente incluye, entre otros, un virus, una bacteria, u n parásito u otro organismo o cualquier variación de estos, ya sea que se co nsideren vivos o no; y

2.2 el método de transmisión ya sea directo o indirecto, incluye, entre otro s, la transmisión por aire, la transmisión por fluidos corporales, la transm isión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gas o e ntre organismos; y,

2.3 la enfermedad, la sustancia o el agente pueden causar o amenazar con cau sar daños a la salud o al bienestar de las personas o pueden causar o amenaz ar con causar daños, deterioro, pérdida de valor, comerciabilidad o pérdida de uso de los bienes.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A Firma Autorizada

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 LIMITE 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 EXTRA CONTRACTUAL. 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. EXTRA CONTRACTUAL.

- 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, RESOLUCIÓN 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

# Certificación Bancaria



Domingo, 17 de abril de 2022

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO** identificado(a) con cc. **22565455** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	080-000113-64	2018/10/09	Activa

\*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

IGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dorian Gutiérrez Correa  
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

# KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO

C.C. No. 22.565.455 de Barranquilla





**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 22565455 **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 12/03/2025 10:17 PM



Código Verificación: **KQ1PA2FRG5**

Válida hasta: **11/06/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



 REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
IDENTIFICACION UNICA DEL  
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden 08 5252/ 2007 Registro No.  
Profesión u Ocupación  
**MEDICO**

Nombres y Apellidos  
**KARIM PAOLA VIZCAINO SOLANO**

C.C. o C.E. De  
**C 22565455 BARRANQUILLA**

Institución de Educación Ciudad  
**U METROPOLITANA BARRANQUILLA**

Código 333/08 Fecha de Expedición 27/08/08

FIRMA

FIRMA  
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

*Carlos José Rojas R.*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE  
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.  
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA  
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.