FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Doria	Escorcia	Deivis Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 30658841	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 06 AÑO 1975	CARRERA 14C 44 12 CASA MONTEVERDE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CÓRDOBA
DEPTO	CÓRDOBA	MUNICIPIO	MONTERÍA		
MUNICIPIO	LORICA	TELÉFONO	7830633	EMAIL	deivisdoria@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1991

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLOGÍA 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		TECNICA PROFESIONAL EN CITOHISTOLOGIA	01	1997	08148106210406

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 11A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A 1A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	04	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	11	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1A 5 ESTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B BIS A ESTE 1B 5 ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE.		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B BIS A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B BIS A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 325895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B BIS A ESTE 1B 5 ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 325895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 11B A ESTE 1B 5 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2006	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2006	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA DE CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* AVENIDA 1A C ESTE 1B 5 NORTE						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO DE ANATOMOPATOLOGIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* MONTERÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7823982	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2002	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CITOLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 28 7 74						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAMU DE CANALETE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	*MUNICIPIO* CANALETE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3205895315	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2002	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2005	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CITOLOGAS	*DEPENDENCIA* AREA DE CITOLOGIAS					*DIRECCIÓN* CALLE 5A BIS B NORTE 1C 5 NORTE						

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 ÚNICO

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	15	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	22	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	22	2

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 INCOPATIBILIDAD 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

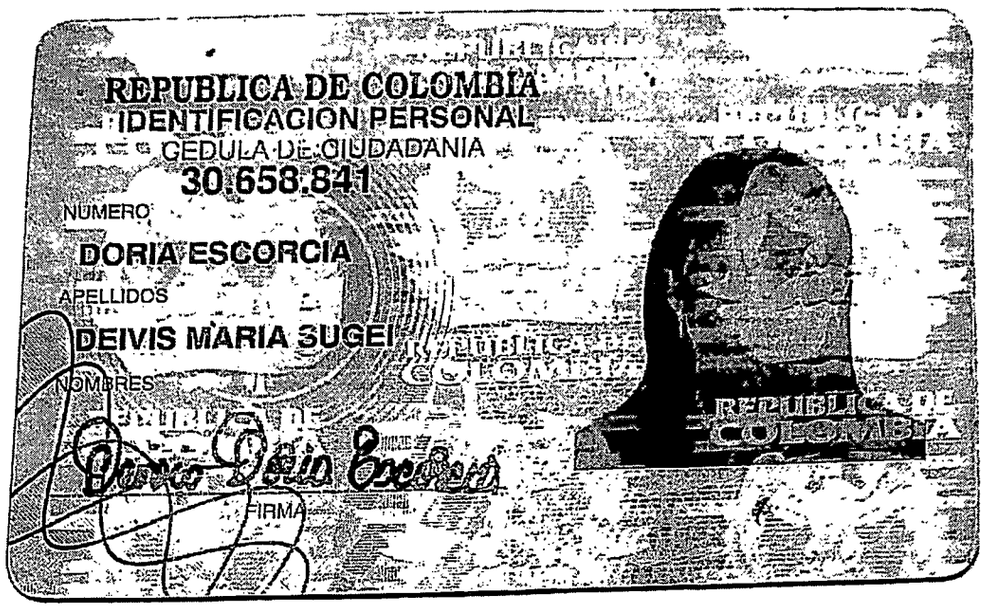
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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





Scanned with CamScanner

Acta No. 132

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

CIAC

y en su nombre

La Corporación
Instituto de Artes y Ciencias

Personería Jurídica No. 273 de Marzo 23 de 1971 de la Gobernación del Departamento del Atlántico.

Resolución de Aprobación No. 0480 de Febrero 21 de 1972 del Ministerio de Educación Nacional

Por intermedio del Programa de **Citohistología**

Teniendo en cuenta que:

DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA

C.C. No. 30.668.841 LORICA

Cursó y aprobó todas las materias que los Estatutos Universitarios exigen, le confiere el título de:

Técnico Profesional en
Citohistología

Aprobado por Acuerdo de la Junta Directiva No. 0101 del 14 de Octubre de 1993

En fé de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, República de Colombia el

día 24 de ENERO de 1.997

El Rector

Jefe de Programa

Secretario General

Anotado al folio No. 132 del Libro de Registro 02

Refrendado en Barranquilla, el 24 de ENERO de 1.997

Scanned by CamScanner

Acta No. 132

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

CIAC

y en su nombre

La Corporación
Instituto de Artes y Ciencias

Personería Jurídica No. 273 de Marzo 23 de 1971 de la Gobernación del Departamento del Atlántico.

Resolución de Aprobación No. 0480 de Febrero 21 de 1972 del Ministerio de Educación Nacional

Por intermedio del Programa de **Citohistología**

Teniendo en cuenta que:

DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA

C.C. No. 30.868.841 LORICA

Cursó y aprobó todas las materias que los Estatutos Universitarios exigen, le confiere el título de:

Técnico Profesional en
Citohistología

Aprobada por Acuerdo de la Junta Directiva No. 0101 del 14 de Octubre de 1993

En fé de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, República de Colombia el

día 24 de ENERO de 1.997

El Rector — Jefe de Programa

Secretario General

Anotado al folio No. 132 del Libro de Registro 02

Refrendado en Barranquilla, el 24 de ENERO de 1.997

Scanned by CamScanner

CORPORACION INSTITUTO DE ARTES Y CIENCIAS

Personería Jurídica Nº 272, Marzo 23 de 1971
ENTIDAD DE EDUCACION SUPERIOR
Aprobado Mediante Resolución Nº 0480 de Febrero 21 de 1.972 del Ministerio de Educación
CARRERAS PROFESIONALES TECNICAS
BARRANQUILLA—COLOMBIA

ACTA DE GRADO No. 132

En Barranquilla, Capital del Departamento del Atlántico, a los 24 días del mes 01 de 1997 se reunieron los miembros Directivos de la Corporación Instituto de Artes y Ciencias, CIAC, con el objeto de otorgar el Título de TECNICO PROFESIONAL al estudiante DELVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA portador de la C. C. No. 30.658.841 de Lorica y Libreta Militar No. D. M. No. , quien habiendo cumplido con sus estudios, según consta en los respectivos registros del Programa de CITOHISTOLOGIA aprobado por Resolución No. 0101 emanada del Ministerio de Educación Nacional y después de haber llenado los requisitos exigidos por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES, se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente Acta y se refrenda con el sello seco por el Rector y el Secretario General.

Rector

Secretario General

Scanned by CamScanner

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

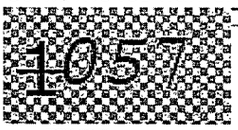
Número de Identificación *

30658841

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9728

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-04-07→1:20:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	[illegible]
CC	30658841	DEIVIS MARIA	SUGEI	DORIA	ESCORCIA	Vigente	

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) DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA identificado(a) con CC 30658841 registra La siguiente información:

2026-04-07→1:20:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	Local	Técnica profesional en citohistología	2006-04-21	1481	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

ReTHUS

Acontinuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

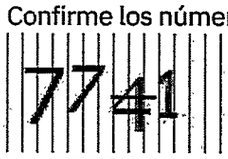
Número de Identificación *

30658841

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9740

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-04-01→12:55:16 PM -2026-04-01→1:01:21 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	30658841	DEIVIS MARIA	SUGEI	DORIA	ESCORCIA	Vigente

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) DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA identificado(a) con CC 30658841 registra La siguiente información:

2026-04-01→1:01:21 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TCP	Local	Técnica profesional en citohistología	2006-04-21	1481	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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGA EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso básico de:

CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR (CPM) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso avanzado de:

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) (AVANZADO)

Con una intensidad horaria de:

70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 años A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso básico de:

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso básico de:

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)(CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARÍA DORIA ESCORCIA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 30658841

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI) (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-04-29, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula:	**30658841**
Fecha de expedición:	25/03/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 25 de marzo de 2026 a las 11:31 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL SAN JOSÉ DE CANALETE

Nit. 812.001.868-6

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TALENTO HUMANO) DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE CANALETE

CERTIFICA QUE:

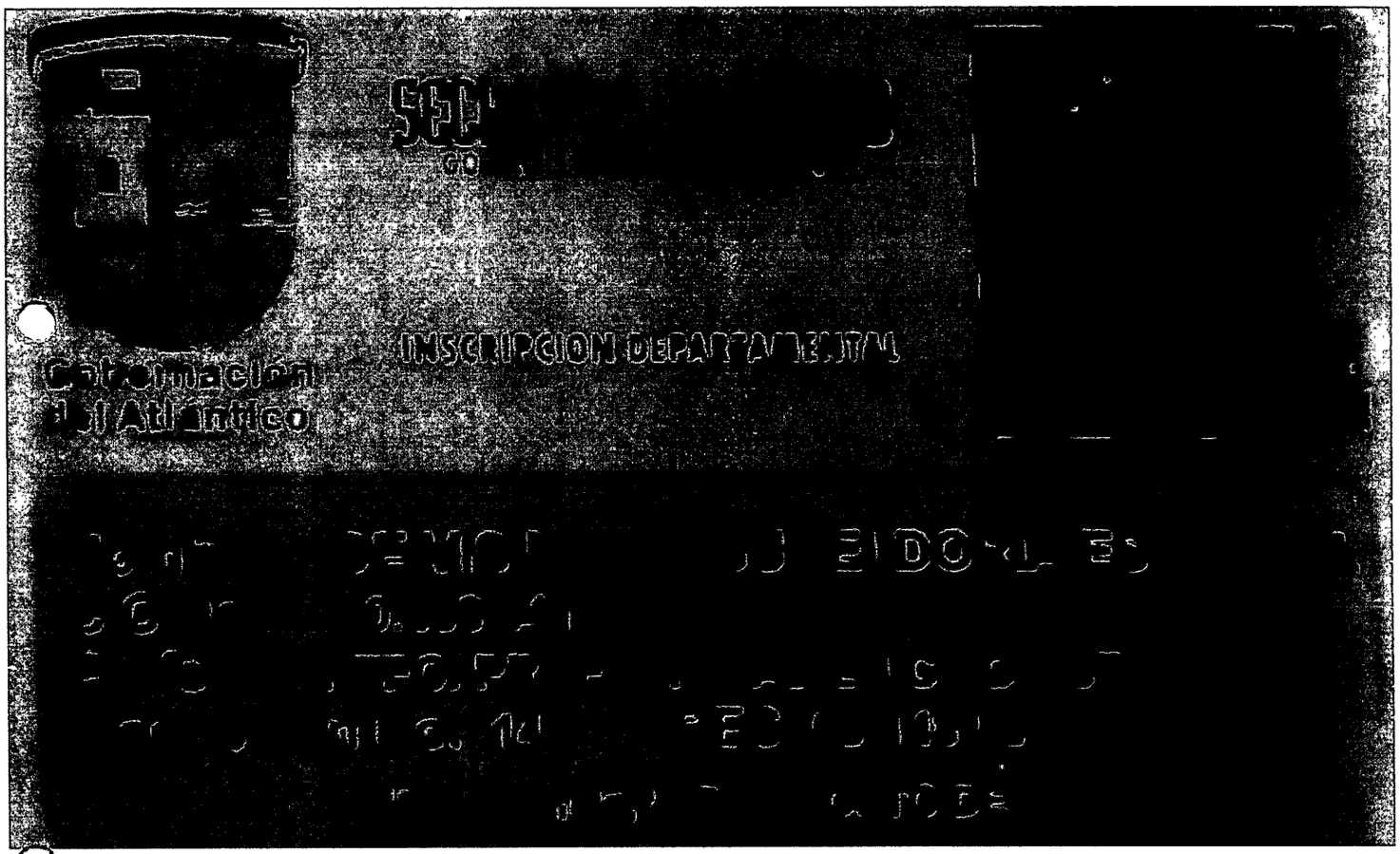
Que **DEIVIS MARIA DORIA ESCORCIA,** identificada con Cedula de ciudadanía No 30.658.841 expedida en Lorica Córdoba, estuvo vinculada a esta institución mediante orden de prestación de servicios de salud, como **PRESTAR SUS SERVICIOS DE CITOHISTOLOGIA, PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE CANALETE.**

Desde el día 16 de enero de 2025 hasta el día 30 de Abril de 2025.

Desde el día 08 de Mayo de 2025 hasta el día 19 de Diciembre de 2025=

Para constancia se firma en Canalete- Córdoba a los (31) días del mes de Diciembre de 2025.

ANDRES BERRIO MESTRA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TALENTO HUMANO
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE CANALETE



Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971848816

(415)7707212489984(8020) 000001497184881 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 6 5 8 8 4 1	1	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 0 6 5 8 8 4 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Lorica 4 1 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DORIA	ESCORCIA	DEIVIS	MARIA SUGEI

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal
CR 14 C 44 12 BRR MONTE VERDE

42. Correo electrónico deivisdoria@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 1 2 2 4 0 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 0 6 0 3						3 2 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 [X] 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 DORIA ESCORCIA DEIVIS MARIA SUGEI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 05-11-2025 04:29:23PM

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 25 de marzo de 2026, a las 11:16:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	30658841
Código de Verificación	306588412603251116 39

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:17:36 AM horas del 25/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **30658841**
Apellidos y Nombres: **DORIA ESCORCIA DEIVIS MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293413987

PIB
11:15:11

Bogotá DC, 25 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30658841:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/03/2026 11:18:28 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **30658841** y Nombre: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **137084440** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

515 9000
Dios y Patria
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
GOV.CO

TIC

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 30658841 **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 25/03/2026 11:20 AM

Código Verificación: **JY3P781QXA**

Válida hasta: **23/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

BIOSalud OCUPACIONAL SAS

NIT. 901.599.843-1
Calle 27 No.9-44 Centro, Montería
Cel. 3217637018 - E-mail. biosaludocupacional2022@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MONTERÍA (CÓRDOBA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE CANALETE

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
DORIA ESCORCIA DEIVIS MARIA SUGEI	FEMENINO	50 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	30658841 (Número)

Cargo: **CITOLOGA**

EPS	AFP	ARL
MUTUAL SER	COLFONDOS	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SEGUIR RECOMENDACIONES INDICADAS*

APTO	PARA MANEJO DE ESTRÉS
[redacted]	PARA MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO.	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CONTINUAR CONTROLES POR OPTOMETRIA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : PARA CONTROL Y TRATAMIENTO.	CAPACITACIÓN : EN RIESGOS LABORALES.	DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 34984246 - IRDALIA DEL CARMEN PEMBERTHY

R. M.: 4482/94 **L.S.O.:** 00932

Código de Seguridad
Q1274W1C2958

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: DORIA ESCORCIA DEIVIS MARIA SUGEI

CC: 30658841

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

ESE CAMU LOS CORDOBA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 30,658,841 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:MONTERIA

País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	MONTERIA
Dirección	CRA 14C # 44-12 MONTEVERDE			Teléfonos	3152597067

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VALERIA CAMACHO DORIA	1,067,064,119	HIJA
IVAN DAVID CAMACHO DORIA	1,068,416,345	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 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 ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	18,700,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 18,700,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORRO	315241927	MONTERIA	$0.48
BANCO DAVIVIENDA	AHORRO	157070036197	MONTERIA	$ 360

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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 X NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			N°
MARCO DAVID CAMACHO FERNANDEZ	C.C.	C.E.	T.I.	78,024,150

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

MONTERIA 01/04/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **30658841** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ACCION SALUD PARA TODOS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**02/04/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 09 de marzo del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA, identificado(a) con C.C 30.658.841, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 07 de abril de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA identificado con CC. 30658841 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ESE CAMU DE LOS CORDOBAS
Tipo y Numero de Documento	NI - 812003996

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/03	**Fecha inicio contrato**	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/06/30
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07042026D30658841D15886283.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MONTERIA, **24/03/2026**
CORDOBA,
COLOMBIA,
Ese Camu Los Córdobas

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DEIVIS DORIA ESCORCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **30658841**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570157070036197**
Fecha de apertura	**08/01/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Sorteos la Desconocuanta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2024

Sorteos a Nemesis Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place to Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — AMÉRICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9802541368

PÓLIZA No: 980 -89 - 994000001976 **ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGE: 980 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
28	07	2025	28	07	2025	23:59		28	07	2026	23:59		365	28	07	2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS A LAS	DIAS
28	07	2025	23:59	28	07	2026	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA IDENTIFICACIÓN: CC 30.658.841

DIRECCIÓN: CALLE 31 N° 36A - 26 URB LIMONAR CIUDAD: MONTERÍA, CÓRDOBA TELÉFONO: 3116754992

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA IDENTIFICACIÓN: CC 30.658.841

DIRECCIÓN: CALLE 31 N° 36A - 26 URB LIMONAR CIUDAD: MONTERÍA, CÓRDOBA TELÉFONO: 3116754992

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CÓRDOBA CIUDAD: MONTERÍA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 150,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	150,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	150,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	150,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	150,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	150,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

SE ACLARA LA ESPECIALIDAD TECNICO EN CITOHISTOLOGIA

OBJETO:
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

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***150,000,000.00	$ **********82,425	$****15,000.00	$ *******18,511	$ **********115,936

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
GESTION Y EFICACIA EN SEGUROS GES Y	7805	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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)000000000007000980254136

FIRMA TOMADOR

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

C7D0207A0A0BFD7D59 CLIENTE SJARGUELLO 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com
Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

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: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGENCIA: 980 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001976** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

ASEGURADO: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

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

TEXTO ITEM 1

https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL OBJETO -17032021.pdf
<https://www.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, 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 vigencia 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.

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 excluyen además 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.
· 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 gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
· EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGENCIA: 980 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001976** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

ASEGURADO: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

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

TEXTO ITEM 1

· 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:
a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. 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,

(i) 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

(ii) 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

(iii) 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.

(iv) 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
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.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT COD. AGENCIA: 980 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001976** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

ASEGURADO: **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA** IDENTIFICACIÓN: CC **30.658.841**

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

TEXTO ITEM 1

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.

CLIENTE

CONSTANCIA DE REVISION DE LA PROPUESTA

Por medio de la Presente se deja en constancia que la propuesta recibida con ocasión de la invitación presentada por el(a) señor(a) **DEIVIS MARIA SUGEI DORIA ESCORCIA,** identificado(a) con la cedula de ciudadanía N° 30.658.841 de Lorica, cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CITOLOGA DE LA E.S.E. CAMU LOS CÓRDOBAS. **CUMPLE,** con los requerimientos contemplados en la invitación.

Revisada la propuesta se encontró que el proponente cumple con los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos en la invitación y que aporto todo los soportes y documentos vigentes solicitados.

Carta de presentación de propuesta.	SI CUMPLE
Propuesta (Técnica - Económica)	SI CUMPLE
Fotocopia del documento de identidad del proponente	SI CUMPLE
Hoja de vida función pública persona natural.	SI CUMPLE
Declaración de bienes función pública persona natural.	SI CUMPLE
Certificado de no medidas correctivas.	SI CUMPLE
Registro único tributario (RUT) de persona natural.	SI CUMPLE
Certificado de antecedentes judiciales	SI CUMPLE
Certificado de antecedentes fiscales	SI CUMPLE
Certificado de antecedentes disciplinarios	SI CUMPLE
Certificados de estudios realizados	SI CUMPLE
Diplomas y Actas de Grado de títulos.	SI CUMPLE
Tarjeta profesional.	SI CUMPLE
Certificados de Experiencia Laboral.	SI CUMPLE
Afiliación y/o pago de aportes a salud, pensión y riesgos laborales.	SI CUMPLE
REDAM	SI CUMPLE

Fue presentada por escrito, se aportaron los documentos requeridos y el valor propuesto es ajustado al presupuesto oficial.

Dado en Los Córdobas, el día Nueve (9) del mes de Abril de 2026.

Maida Luz Robles M.
MAIDA ROBLES MADERA
Jefe de Talento Humano de la E.S.E CAMU LOS CORDOBAS