



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CHARRIS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HENRIQUEZ	NOMBRES NINI JOHANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32855196	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 04 MES 01 AÑO 1980	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 27D 16 18 casa las mercedes		
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO SABANALARGA		
MUNICIPIO SABANALARGA	TELÉFONO 3104715	EMAIL ninicharriss17@gmail.com	

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2005	

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
ESPAÑOL			X			X			X

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												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 19A B 25 225				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> FUNDACION HOSPITAL METROPOLITANO				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> URGENCIAS ASISTENCIAL					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 72C 45 25 ESTE				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> SALUD URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 19C NORTE 25 25				

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

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	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	3	4

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 \_\_\_\_\_

**NINI CHARRIS**

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



FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1980

SABANALARGA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

07-JUL-2000 SABANALARGA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-0304600-01163282-F-0032855196-20201127

0072632370A 1

8501061959

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 32.855.196  
CHARRIS HENRIQUEZ





APELLIDOS  
NINI YOJANA

NOMBRES

*Nini Johana Charis H*

FIRMA



		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		<b>001</b>	
Espacio reservado para la DIAN 		3. Concepto <b>011</b> Inscripción		4. Número de formulario <b>14124470798</b> 	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <b>3 2 8 5 5 1 9 6 - 0</b>		9. CV <b>0</b>		12. Dirección regional Dirección de Barranquilla	
14. Buzón electrónico <b>(21)</b>		<b>IDENTIFICACION</b>			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida <b>2</b>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <b>13</b>		26. Número de identificación: <b>3 2 8 5 5 1 9 6</b>	
27. Fecha expedición: <b>2 0 0 8 0 7 0 7</b>		28. País: COLOMBIA <b>1 6 9</b>		29. Departamento: Atlántico <b>0 8</b>	
30. Lugar de expedición: COLOMBIA		31. Primer apellido: CHARRIS		32. Segundo apellido: HENRIQUEZ	
33. Primer nombre: NINI		34. Otros nombres: YIMANA		35. Cédula europea: Barranquilla <b>6 3 8</b>	
36. Razón social:		37. Nombre comercial:		<b>UBICACION</b>	
38. País: COLOMBIA <b>1 6 9</b>		39. Departamento: Atlántico <b>0 8</b>		40. Ciudad/Municipio: Barranquilla <b>6 3</b>	
41. Dirección: CR 21 26 14		42. Correo electrónico:		43. Apellido otro:	
44. Tipo de teléfono:		45. Teléfono 1: <b>6 7 8 2 5 0 0</b>		46. Teléfono 2:	
<b>CLASIFICACION</b>					
Actividad principal 46. Código: <b>8 5 1 5</b>		47. Fecha inicio actividad: <b>2 0 1 0 0 4 0 7</b>		Otras actividades 48. Código:	
49. Fecha inicio actividad:		50. Fecha fin actividad:		51. Código:	
52. Código:		53. Código:		54. Código:	
<b>Responsabilidades</b>					
55. Código: <b>2 0</b>					
20. Obtención NIT					
Usuarios dueños 56. Código:			Exportadores 55. Forma: <input type="checkbox"/> 56. Tipo: <input type="checkbox"/>		
57. Modo:			58. CPC:		
<b>Para uso exclusivo de la DIAN</b>					
59. Anexos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		60. No. de folios: <b>0</b>		61. Fecha: <b>2 0 1 0</b>	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.					
Artículo 15 Decreto 2785 del 31 de Agosto de 2004.					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 					
994 Nombre <b>BAUROS CARRANZA ALBERTO</b>					

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD

Período Declarado: 01/01/2023 - 31/12/2023

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, NINI JOHANA CHARRIS HENRIQUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 32855196

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO

MUNICIPIO: SABANALARGA

DIRECCIÓN: CALLE 27 D 16 18 casa las mercedes

TELÉFONO: 3104715124

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN DAVID BOLIVAR CHARRIS	1001869295	HIJO(A)
JESUS ALEJANDRO SARMIENTO CHARRIS	1043030204	HIJO(A)

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 POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** X, 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
HONORARIOS	\$1,656,000
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$13,228,800
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$14,884,800

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO AV VILLAS	CUENTA DE AHORROS	525947133	BARRANQUILLA	100

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

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

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

## 3. FIRMA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

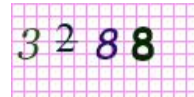


## ReTHUS

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadanía	32855196	nini	charris

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

7137

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-06-29→1:12:25 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	32855196	NINI	YOJANA	CHARRIS	HENRIQUEZ	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) NINI YOJANA CHARRIS HENRIQUEZ identificado(a) con CC 32855196 registra La siguiente información:

2023-06-29→1:12:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2007-01-18	128	Secretaría 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 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).

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 PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)

**BANCO COMERCIAL  
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

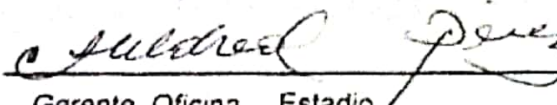
CRA. 13 No. 27 47 P-24 BOGOTÁ D.C.

**CERTIFICA:**

Que **NINI YOLIANA CHARRIS HENRIQUE** identificado con el documento No. **32 855 196**  
posee en la oficina **PRADO - CALLE 72** ( **802** ) una cuenta de ahorros  
No. **825847133** desde el **12 de Diciembre de 2019**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **21** días del mes de **Agosto** de **2020**

Atentamente,

  
Gerente Oficina Estadio



Esta certificación tiene un costo de \$ **10.350,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202078543**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002245 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CARRERA 47</b>			COD. AGE: <b>320</b>			RAMO: <b>89</b>			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			
04	09	2024	05	09	2024	05	09	2025	23:59	365	04	09	2024	
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>			TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b>											

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>RENOVACION</b>																										
VIGENCIA DEL ANEXO			DIA			MES			AÑO			HORAS														
05			09			2024			23:59			05			09			2025			23:59			365		
VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			DIAS			DIAS			DIAS			DIAS			DIAS		

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **NINI YOJANA CHARRIS HENRIQUEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **32.855.196**

DIRECCIÓN: **CALLE 27 D NO. 16-18** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **6053565109**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **NINI YOJANA CHARRIS HENRIQUEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **32.855.196**

DIRECCIÓN: **CALLE 27 D NO. 16-18** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **6053565109**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SABANALARGA**

DIRECCIÓN: **CALLE 0 No. 0-0**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCIÓN	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

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

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **CHARRIS HENRIQUEZ NINI YOJANA**  
ASEGURADO: **CHARRIS HENRIQUEZ NINI YOJANA**  
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**  
PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**  
VIGENCIA: **365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**

**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:**

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *****5,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,220	GASTOS EXPEDICION: \$ *****5,000.00	IVA: \$ *****6,692	TOTAL A PAGAR: \$ *****41,912
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GLOBALAS LTDA	7360	100.00			

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.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000320207854

**FIRMA TOMADOR**

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

CDDA207A080BFB775A

CLIENTE

CRVELEZ 0

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda Serrano \* Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá \* Teléfono: (601) 7919180  
Fax: (601) 7919180 \* Celular: 312 342 6229 \* Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com  
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:  
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC-93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUATIVA EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VEGILADO



**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 32855196 **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 07/03/2025 01:51 PM



Código Verificación: **F16ESCJPT7**

Válida hasta: **05/06/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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