



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 Bravo		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Jimenez		NOMBRES Jadays Vanessa	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1148702123			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 <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1996"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 51 17B 3		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD			
MUNICIPIO BARRANQUILLA		TELÉFONO		EMAIL jadaybravo@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 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).

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

3

### EXPERIENCIA LABORAL

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

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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>	08	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXILIAR DE ODONTOLOGIA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE ODONTOLOGIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6 carrera 40 # 33 - 06			
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>	06	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>		<i>Mes</i>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUIILIAR DE ODONTOLOGIA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA ODONTOLOGICA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 6 carrera 40 #33 - 06			

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>			

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	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	0	7

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

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* \_\_\_\_\_

**JADAYS BRAVO**

*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*



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA
-------------------

1. DECLARACION JURAMENTADA									
1.1. DE BIENES Y RENTAS									
YO	Jadays Vanessa Bravo Jiménez								
IDENTIFICADO	C.C. x	C.E.	T.I.	N°	1,148,702,123	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:			
País	Colombia		Departamento	Atlántico		Municipio	Soledad		
Dirección	kra 51 # 17 B 03				Teléfonos	3002665356			
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:									
	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>				<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>		<b>PARENTESCO</b>		
	Bryhana Paola Sierra Bravo				1,044,649,327		Hija		
	Aryanna Lora Bravo				1,043,184,583		Hija		
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,									
		<b>PARA TOMAR POSESION</b>	<b>PARA RETIRARME</b>	<b>PARA ACTUALIZACION</b>					
<b>PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE</b>				,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:									
	<b>CONCEPTO</b>						<b>VALOR</b>		
	SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES								
	CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS								

GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	\$ 1.650.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	\$ 1.650.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	cuenta de ahorro	48153012001		\$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLADOR O CONTRATANTE

Jadays Bravo J.

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de



SECRETARIA DE SALUD  
RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 3533 DE 2023

(7 de junio de 2023)

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional/Ocupacional “

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

**CONSIDERANDO**

Que **JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1148702123 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional/Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL**, según TITULO que le otorgó el **CENTRO INCA LTDA**, el día 25 de septiembre de 2020, según Acta de Grado N° 228.

**RESUELVE**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorízase a **JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1148702123 expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la Profesión/Ocupación de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL** en todo el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 7 de junio de 2023.




**PIEDAD ECHEVERRÍA LOPEZ**

Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PGoenaga  
Revisó: HMenco  
Revisó: OSierra





 Menú

[Iniciar Sesión](#) [Registrarse](#)

## 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

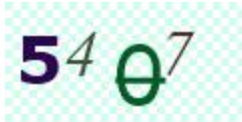
Número de Identificación \*

1148702123

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

2053


**Resultado General -2024-06-11→2:22:10 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1148702123	JADAYS	VANESSA	BRAVO	JIMENEZ	Vigente	V

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) **JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ** identificado(a) con CC 1148702123 registra La siguiente información:

**2024-06-11→2:22:10 PM**
**Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL	2023-06-07	3533	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 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).**

## SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202401075**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000006009 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
03	06	2024	31	05	2024	23:59	31	05	2025	23:59	365	03	06	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
			A LAS			A LAS			DIAS			TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
31	05	2024	23:59	31	05	2025	23:59	365
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				A LAS
				VIGENCIA HASTA				A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1148.702.123**

DIRECCIÓN: **CRA 51 17 B 3** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **6570230**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1148.702.123**

DIRECCIÓN: **CRA 51 17 B 3** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **6570230**

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

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	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 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: BRAVO JIMENEZ, JADAYS VANESSA  
ASEGURADO: BRAVO JIMENEZ, JADAYS VANESSA  
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN SALUD ORAL**

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.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,220	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****7,642	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,862
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
OSORIO JARAMILLO ASESORES DE SEGUROS	8391	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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)00000000007000320240107

**FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE **CRVELEZ 0**

CDDA207A0B0FFD7E58

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 EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000006009 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

ASEGURADO: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

### 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 <https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/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 vigencia, 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 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 esta 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.

CLIENTE

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 99400006009 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

ASEGURADO: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

" 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

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:

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

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47

COD. AGENCIA: 320

RAMO: 89

No PÓLIZA: 994000006009 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

ASEGURADO: JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ

IDENTIFICACIÓN: CC 1148.702.123

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

### 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.

### 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:

- " Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
- " 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.

# Referencia Bancaria

Miércoles, 24 de mayo de 2023

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ identificado(a) con CC 1.148.702.123, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48153012001	2023/05/24	ACTIVA

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

\* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local (57-5) 361 88 88 - Cali - Local (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14

*le estamos donando el alma*

**Bancolombia**



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.148.702.123**

**BRAVO JIMENEZ**  
APELLIDOS

**JADAYS VANESSA**  
NOMBRES

*Jaday bravo J.*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUN-1996**

**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.52**      **B+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**02-JUL-2014 SOLEDAD**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0305200-00613686-F-1148702123-20140822      0039638266A 1      41853227



**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 1148702123 **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 06/03/2025 08:26 AM



Código Verificación: **47KXMRHYLE**


Válida hasta: **04/06/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



 Menú

[Iniciar Sesión](#) [Registrarse](#)

## 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

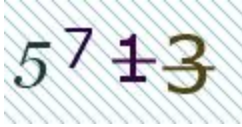
Número de Identificación \*

1148702123

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

8414

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2025-03-13→2:26:19 PM -2025-03-13→2:27:49 PM**

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1148702123	JADAYS	VANESSA	BRAVO	JIMENEZ	Vigente	V

**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) JADAYS VANESSA BRAVO JIMENEZ identificado(a) con CC 1148702123 registra La siguiente información:**

**2025-03-13→2:27:49 PM**

**Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL	2023-06-07	3533	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 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).**

## SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



