



Libertad y Orden

# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Katherine		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sofia		NOMBRES Estrada Barraza	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 44190917			GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS _____
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="24"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1982"/> PAÍS _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____ EMAIL <u>kathesof@hotmail.es</u>		

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

**EDUCACIÓN 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	10	X		ODONTOLOGIA	12	2010	471322

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)                      TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

### IDIOMAS

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

## 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 Cargando...		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3003172299	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día: 25	Mes: 08	Año: 2021	Día: 04	Mes: 04	Año: 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA	DEPENDENCIA PROFESIONALES DE LA SALUD	DIRECCIÓN CARRERA 43 BIS 59 -3 NORTE local 116				

6

## EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

### EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

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

7

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

9

**OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

\_\_\_\_\_  
*Ciudad y fecha*

\_\_\_\_\_  
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

44190917

NUMERO

ESTRADA BARRAZA

APELLIDOS

KATERINE SOFIA

NOMBRES

Katerine Estrada



REPUBLICA DE COLOMBIA



IMPORTE DETECTADO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1982  
SABANALARGA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTAJURA

O+

G.B. RH

F

SEXO

22-JUL-2002 SABANALARGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DIEGUEZ ESCOBAR



#.030460G-22108421-F-0044190917-20021112

04620 02312A 01 131278201





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, Katherine Estrada Barriata  
IDENTIFICADO CON: C.CX C.E. T.I. N° 44190917 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País Colombia Departamento Atlántico Municipio Soleidad  
Dirección Calle 40, 17-54 Teléfonos 3005995540

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Gianluca Yaniel Estrada</u>	<u>704310681</u>	<u>Hijo</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	<u>2.400.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ <u>2.400.000</u></b>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Colombia</u>	<u>Ahorro</u>	<u>692-25408831</u>	<u>Barranquilla</u>	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



**Gobernación  
del Atlántico**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ATLÁNTICO  
INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL**

**KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

**CC44.190.917**

**ODONTOLOGO**

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA**

**REGISTRO: 471322**

**FECHA REG: 28/08/2012**



**EXP: 14/01/2013**

**Esta tarjeta es personal e intransferible. Si es  
encontrada, por favor devolverla a las instalaciones  
de la Secretaría de Salud Departamental en la Cra 45  
entre calles 39 y 40.**

**Secretario de Salud Departamental**

**2**



Resultado General -2024-07-27→12:40:25 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	44190917	KATERINE	SOGIA	ESTRADA	BARRAZA	Vigente	Ver

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) KATERINE SOGIA ESTRADA BARRAZA identificado(a) con CC 44190917 registra La siguiente información:

2024-07-27→12:40:25 PM

#### Información Académica

Tipo Programa Origen Obtención

Título Profesión u Ocupación Fecha inicio ejercer

Acto Administrativo Acto Administrativo Entidad Reportadora

UNV Local Odontología 2012-08-28 1322 SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).



EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

**KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

C.C. No. 44.190.917 de Subcondicargo

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS  
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

**O D O N T O L O G O**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

*Laureano*  
VICE-RECTOR

*Roberto*  
RECTOR

*Roberto*  
DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 76 DEL LIBRO 1796  
NUMERO DE REGISTRO 0 - 1909

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS  
18 DIAS DEL MES **Febrero** DEL AÑO **2011**

05627



NIT: 901250566-7  
TEL: 6052023249

**RAMÓN DE LA CRUZ MENDEZ**  
Médico Especialista  
en Seguridad y Salud en el Trabajo

CRA 49C #79-50 L2

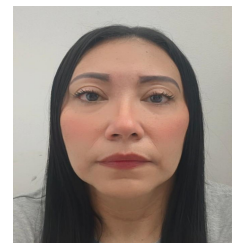
3006760217 - 3007130703

Correo: contacto@coicentrooptometricointegral.com

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD  
INGRESO**

**DATOS DEL PACIENTE:**

**Nombres y apellidos:** KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA **Id:** CC 44190917  
**Fecha de nacimiento:** 1982-07-24 **Edad:** 42 años **Genero:** F  
**Dirección:** Calle 48 #17-54 - Soledad **Telefono:** 3005495540  
**Estatura (cms):** 165 **Peso (kgs):** 69 **Imc:** 25.3 - SOBREPESO  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Dirección:** CALLE 48 #17-54  
**Cargo:** CONTRATISTA **Fecha de realización:** 27-07-2024



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:**

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

**CONCEPTO:**

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

**RECOMENDACIONES**

Dieta balanceada-,Ejercicio físico moderado-,Estilos de vida saludables-,Fomento del autocuidado-,Uso de epp de acuerdo al cargo

**OBSERVACIONES**

Continuar manejo de enfermedad común en eps y controles médicos

**RESTRICCIONES LABORALES**

No restricciones laborales a la fecha

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Auditivo	Cardiovascular	X	Ergonómico	Metabólico	Psicosocial	Respiratorio	Visual	Otros
----------	----------------	---	------------	------------	-------------	--------------	--------	-------

REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X
----------	----	----	---	--------------	----	----	---	--------------	----	----	---

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

Dr. Ramón De La Cruz Mendez  
Salvadorista Ocupacional  
Res. 2538/2014

**Dr Ramón De La Cruz Mendez**  
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.  
Registro médico 01-564 minsalud.  
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico

**Trabajador:** KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA  
CC 44190917

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202437376**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000006594 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:  
 DIA MES AÑO VIGENCIA DE LA PÓLIZA DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS  
 20 08 2024 20 08 2024 23:59 20 08 2025 23:59 365 20 08 2024  
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN  
 MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**  
 VIGENCIA DEL ANEXO DIA MES AÑO HORAS DIA MES AÑO HORAS DIAS  
 20 08 2024 23:59 20 08 2025 23:59 365  
 VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**  
 NOMBRE: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**  
 DIRECCIÓN: **CL 48 17 54 TO 7 APTO 402** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3185373**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**  
 DIRECCIÓN: **CL 48 17 54 TO 7 APTO 402** CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3185373**  
 BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**  
 ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEIDAD**

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

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

BENEFICIARIOS  
 NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **ESTRADA BARRAZA, KATERINE SOFIA**  
 ASEGURADO: **ESTRADA BARRAZA, KATERINE SOFIA**  
 BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **ODONTOLOGIA**

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: \$ *****36,755	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****8,883	TOTAL A PAGAR: \$ *****55,638
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MAILDE DEL CARMEN ROMERO DE LA CRUZ	7354	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 DARÁ 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)00000000007000320243737 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá** CRVELEZ 0

CDDA207A0B0CFB7D58 CLIENTE

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: 994000006594 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**

ASEGURADO: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**

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: 99400006594 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA

IDENTIFICACIÓN: CC 44.190.917

ASEGURADO: KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA

IDENTIFICACIÓN: CC 44.190.917

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

- No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
  - 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.
- En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
- 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: 994000006594 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**

ASEGURADO: **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA**

IDENTIFICACIÓN: CC **44.190.917**

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.

# Certificación Bancaria



Viernes, 14 de junio de 2024

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **KATERINE SOFIA ESTRADA BARRAZA** identificado(a) con CC. **44190917** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	692-254088-31	2021/08/26	Activa

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

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

BANCOLOMBIA S.A. Espec. Financ. S. B. 1970

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón  
Líder Área de Conocimiento Autoservicios