HOSPITAL TIMBIO
Empresa Social del Estado

## LISTA DE CHEQUEO PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN HOSPITAL TIMBIO ESE

**Nombre Contratista:** Jacqueline Delgado Bravo

| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1. | Certificado de Disponibilidad Presupuestal |
| 2. | Minuta estudios previos contrato prestación de servicios |
| 3. | Propuesta del contratista (deberá indicar en el encabezado año 2026 ) |
| 4. | Formato hoja de vida SIGEP con firmas de contratista y encargado de Talento Humano. |
| 5. | Soporte Validación hoja de vida (anexar correo electrónico con fecha de envió de TH) |
| 6. | Copia de la cedula de ciudadanía del contratista |
| 7. | Fotocopia de la libreta militar o Documento que indique la Situación Militar (Hombre menor de 50 años) |
| 8. | Copia de la tarjeta profesional o licencia (Cuando Aplique) y Resolución |
| 9. | Antecedentes de la profesión. (No Mayor a 1 mes) y Rethus |
| 10. | Constancia de estudios mencionados en hoja de vida (diplomas, actas de grado, certificaciones.) |
| 11. | Constancia de experiencia laboral o profesional según aplique. (actas de liquidación o certificaciones) que se registren en hoja de vida. |
| 12. | Certificado de Antecedentes Disciplinarios con fecha reciente |
| 13. | Certificado de Antecedentes Judiciales con fecha reciente |
| 14. | Certificado que no se encuentra vinculado en el registro nacional de medidas correctivas(con fecha reciente) |
| 15. | Certificado de inhabilidades por delitos sexuales en menores de 18 años con fecha reciente |
| 16. | Certificado de Antecedentes Fiscales con fecha reciente |
| 17. | Certificado de Antecedentes del Registro Nacional de Deudores Morosos Alimentarios. (REDAM) (No Mayor a 1 mes) |
| 18. | Registro Único Tributario. RUT (Fecha de impresión reciente) |
| 19. | SOPORTE de afiliación al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos) o planilla de pago de los aportes a la seguridad social reciente |
| 20. | Examen médico pre ocupacional de ingreso (Vigencia 3 años) |
| 21. | Reporte de cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 (Aplicativo por la Integridad Pública) (anexar soporte ) vigente |
| 22. | Documento de manifestación de ausencia de inhabilidades |
| 23. | Certificación Bancaria |
| 24. | Constancia de usuario registrado en SECOP II (captura de pantalla) |
| 25. | Certificado de inexistencia o insuficiencia de personal emitida por el área de Talento Humano con fecha de validación de HV |
| 26. | Certificado Tratamiento de Datos |
| 27. | Certificación de idoneidad |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 29. | Registro presupuestal de compromisos |
| 30. | Designación de Supervisión . |
| 31. | Pólizas ( Si se requieren) |
| 32. | Aprobación de Pólizas |
| 33. | Acta de inicio |
| 34. | Cuenta de cobro |
| 35. | Informes de ejecución de actividades con soportes |
| 36. | Pago a la seguridad social |
| 37. | Informe de supervisión |
| 38. | Soporte de pago. |
| 39. | Actas de suspensión (si aplica) |
| 40. | Actas de reinicio (si aplica) |
| 41. | Adiciones, prorrogas, modificaciones, aclaratorios |
| 42. | Póliza que amplía las garantas (en caso de realizarse algún tipo de modificación al contrato) |
| 43. | Aprobación de Póliza |
| 44. | Registro Presupuestal (en caso de realizarse adición ) |
| 45. | Acta de liquidación– Acta de Cierre |

Proyectó. Leidy Daza Gavria – Abogada contratista Hospital Timbio ESE

Powered by CamScanner

Timbío Cauca agosto de 2026

**DRA:**
MÓNICA LILIANA CAMPO MARTÍNEZ
GERENTE HOSPITAL TIMBÍO

**ASUNTO:**
PROPUESTA DEL CONTRATISTA

**CORDIAL SALUDO:**

Por medio de la presente, me permito presentar propuesta para la prestación de servicios personales y de apoyo a la gestión como MEDICO para desarrollar actividades relacionadas con la operación de los equipos básicos en SALUD **(EBS)**, en el marco del modelo de atención primaria en salud **(APS),** con honorarios mensuales por valor de **NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE (9.000.000)**

Esta propuesta está dirigida para desarrollarse en Hospital Timbío E.S.E dichas actividades que serán relacionadas a continuación:

**ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL PROFESIONAL EN MEDICINA**

1. Realizar valoración médica integral de las personas, familias y comunidades adscritas a los territorios y microterritorios asignados por la ESE Hospital Timbío.
2. Realizar atención médica individual, familiar y extramural de acuerdo con las necesidades identificadas y los servicios habilitados por la ESE.
3. Identificar factores de riesgo, signos de alarma, enfermedades y condiciones que requieran intervención, seguimiento o remisión.
4. Establecer diagnósticos y definir conductas médicas dentro del ámbito de sus competencias profesionales y de los servicios habilitados.
5. Participar en la formulación, concertación, implementación, seguimiento y actualización de los Planes de Cuidado Primario.
6. Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y gestión integral del riesgo en salud.
7. Realizar seguimiento médico a personas con enfermedades crónicas, condiciones de riesgo, discapacidad, situaciones prioritarias o necesidades identificadas por el EBS.
8. Activar las rutas integrales de atención y realizar las remisiones a los servicios o niveles de atención correspondientes, garantizando la continuidad del cuidado.
9. Realizar seguimiento a los usuarios remitidos a otros servicios y apoyar los procesos de referencia y contrarreferencia.
10. Participar en jornadas de salud, brigadas, visitas domiciliarias, actividades comunitarias y demás acciones extramurales programadas por la ESE.
11. Desarrollar actividades de educación para la salud dirigidas a personas, familias y comunidades, de acuerdo con las necesidades identificadas.

Powered by CamScanner

12. Participar en la vigilancia en salud pública y comunitaria, identificación de eventos de interés en salud pública y notificación de los mismos conforme a los protocolos establecidos.
13. Participar en reuniones interdisciplinarias, análisis de casos, seguimiento de indicadores, evaluación de resultados y demás espacios de coordinación de los Equipos Básicos de Salud.
14. Registrar de manera completa, oportuna, veraz y segura las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas en historia clínica, SI-APS, RIPS, SIVIGILA y demás sistemas de información que correspondan.
15. Desarrollar las demás actividades asistenciales, Intramurales, extramurales, comunitarias, administrativas, de promoción, prevención, gestión del riesgo y apoyo institucional que sean requeridas por la ESE Hospital Timbío, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual, el perfil profesional y las competencias legalmente establecidas.

Atentamente

**JACKELINE DELGADO BRAVO**
**MEDICO GENERAL**

Powered by CamScanner

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 |
|---|---|---|
| Delgado | Bravo | Jackeline |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1061696596 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 20 MES 12 AÑO 1986 | CARRERA 2 21 100 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CAUCA |
| DEPTO | NARIÑO | MUNICIPIO | POPAYÁN | | |
| MUNICIPIO | LA CRUZ | TELÉFONO | 3117148953 | EMAIL | JAKELINDB@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 | 06 | AÑO | 2003 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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 | 12 | X | | MEDICINA | 12 | 2012 | 86356 |

## 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)

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL TIMBIO E.S.E. | | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CAUCA | *MUNICIPIO*<br>POPAYÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 09 | *Mes* | 03 | *Año* | 2026 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 25 19 38 Timbio | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>IPS SIEMPRE | | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CAUCA | *MUNICIPIO*<br>POPAYÁN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 05 | *Año* | 2025 | *Día* | 07 | *Mes* | 03 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO GENERAL | *DEPENDENCIA*<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11N 9 null | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>IPS INTEGRAL | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CAUCA | MUNICIPIO<br>POPAYÁN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 05 | Mes | 08 | Año | 2024 | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>COMO MEDICO GENERAL | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 16N 27 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS COSMITET | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CAUCA | MUNICIPIO<br>POPAYÁN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 05 | Mes | 02 | Año | 2015 | Día | 20 | Mes | 07 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 1A 42A 94 NORTE centro | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN - ESE | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CAUCA | MUNICIPIO<br>POPAYÁN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 15 | Mes | 01 | Año | 2014 | Día | 30 | Mes | 01 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA" | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 2 ESTE 2 2 ESTE centro | | | | | |

## 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 | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 1 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 11 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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* Timbio 11 de Agosto 2026

*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.

Timbio 11 de Agosto 2026

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner

Outlook
Buscar
Archivo Inicio Vista Ayuda
Correo nuevo
Leído / No leído
Favoritos
Your family 1
jakelindb@hotm...
Bandeja de ... 86
Correo no... [103]
Borradores [136]
Elementos en... 1
Elementos ... 124
Archivo 23
Historial de con...
Notas
Ir a Grupos 1
Obtener Outlook Mobile. Mantente conectado mientras te desplazas.

SIGEPII Información

sigepII Función Pública

Buenas tardes,

Jackeline Delgado Bravo Su información en la plataforma ha sido actualizada con la siguiente información:

Modificado Por : 10549183 - Diego Jose Valencia Herrera
Entidad que Modifica : HOSPITAL TIMBIO E.S.E.
JustificaciC3n : VALIDADA HOJA DE VIDA

Cordialmente,

**FUNCIÓN PÚBLICA**
Gobierno de Colombia - Función Pública
sistema.empleo@funcionpublica.gov.co
PBX: (57+1) 739 56 56

Función Pública

Nota: Este correo se ha generado de forma automática, por favor no responder.

**AVISO LEGAL:**

La información enviada en este correo y en los archivos electrónicos adjuntos son confidenciales y reservados, conforme a lo previsto en las Políticas de Seguridad de DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA., y está dirigida exclusivamente a su destinatario, sin la intención de que sea revelada o divulgada a otras personas. El acceso al contenido de esta comunicación por cualquier otra persona diferente al destinatario no está autorizado por **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA** y está sancionado de acuerdo con las normas legales aplicables. El que ilícitamente sustraiga, oculte, extravíe, destruya, intercepte, controle y/o impida esta comunicación, antes de que llegue a su destinatario, estará sujeto a las sanciones penales correspondientes. Igualmente, incurrirá en sanciones penales el que, en provecho propio o ajeno o con perjuicio de otro, divulgue o emplee la información contenida en esta comunicación.

Si por error recibe este mensaje, le solicitamos enviarlo de vuelta a **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA** a la dirección de correo electrónico que se lo envió y borrarlo de sus archivos electrónicos o destruirlo. Las opiniones, conclusiones y otra información contenida en este correo no relacionadas con el negocio oficial de **DIRECCIÓN**



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.696.596

DELGADO BRAVO
APELLIDOS

JACKELINE
NOMBRES

Jackeline Delgado Bravo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1986
LA CRUZ
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.62 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

19-ABR-2005 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-1100100-36149296-F-1061696596-20070310 00990 07069H 02 209460764

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

# ReTHUS

A continuación se presenta la información de su registro en ReTHUS.

**Datos Personales y de identificación:**

Fecha de Consulta : 2026-08-06→8:24:03 PM

**Tipo de Identificación : CC** **Número de Identificación : 1061696596** **Primer Apellido: DELGADO** **Información Acadér**

**Segundo Apellido: BRAVO** **Primer Nombre: JACKELINE** **SegundoNombre:**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|
| UNV | 1-Local | NO DISPONIBLE | 2013-11-05 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI SOCIAL |
| UNV | 1-Local | NO DISPONIBLE | 2013-11-05 | Secretaria Departamental de Putum |

**Información Sanciones**

No reporta sanciones ético disciplinarias impuestas por los tribunales de las respectivas profesiones.

**NOTA:** Esta no es una certificación, sino la presentación de la información reportada por las entidades obligadas de acuerdo a la Resolución 3030 de 2014.
La información dispuesta en esta consulta 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.).
Para mayor información le invitamos a consultar el ABECÉ del ReTHUS.



Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

# El Colegio Mixto "Gabriela Mistral"

Popayán - Cauca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca según Resolución No. 1848 de Octubre 24 de 2001

Confiere a:

## *Magaly Jackeline Delgado Bravo*

*R.C. No. 11154931de La Cruz - Nariño*

El Certificado de:

## Bachiller Básico

Por haber cursado y aprobado todas las asignaturas teóricas y prácticas del Ciclo Básico según lo dispuesto en el Artículo 89 de la Ley 115 de 1.994 y el Decreto reglamentario 1860 de 1.994

Dado en Popayán - Cauca, a los 30 días del mes de Noviembre de 2001

Anotado al Folio No. ____ Libro de Registro No. ____

Hugo Jairo Imbachi Quiñonez

BACHILLERATO

Socorro Córdoba Flores

Powered by CamScanner

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA
# " GABRIELA MISTRAL"

Popayán - Cauca

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Ciudad de Popayán, a los 19 días del mes de Diciembre del año 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa "Gabriela Mistral", Institución aprobada hasta el grado Undécimo de Enseñanza Media Académica y con Licencia de Funcionamiento concedida por la Secretaría de Educación y Cultura del Municipio de Popayán, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Decreto No. 139 del 6 de Agosto del año 2003.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO,** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

**Magaly Jackeline Delgado Bravo**
T.I. No. 861220 – 4767 de La Cruz

Es fiel copia del Acta Original General No. 035 de Fecha 19 de Diciembre de 2003, que consta de 104 alumnos que comienza con el nombre de **Alegría Luligo Leidy Yohana** y se cierra con el nombre de **Zemanate Mora Marinela.**

Firmada y sellada por **Hugo Jairo Imbachí Quiñónez** (Rector) y **Socorro Córdoba Florez** (Secretaria).

Dada en Popayán, a los 19 días del mes de Diciembre del año 2003.

**Hugo Jairo Imbachí Quiñónez**
C.c No. 10.530.083 de Popayán
Rector

**Socorro Córdoba Florez**
C.c. No. 34.545.021 de Popayán - Cauca
Secretaria Académica

DIPLOMA No. 08

Servicomp

Powered by CamScanner

# La Universidad del Cauca

20 NOV 2013

en nombre de la

# República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

en atención a que

# Jackeline Delgado Bravo

c.c. No. 1061696596 de Popayán

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de

# Médica y Cirujana

con los derechos, privilegios y dignidades que la facultan
para el ejercicio profesional

Popayán, 13 de septiembre de 2013

Registrado en el Libro de Diplomas No. 077 Folio No. 1172

Diploma No. 1172.13 Resolución No. 561-9-09-13 Acta No. 38-13-09-13

El Rector
de la Universidad

El Decano
de la Facultad

La Secretaria General
de la Universidad

Powered by CamScanner

**ACTA DE GRADO Nº 38 del 13 de Septiembre de 2013**

En Popayán, capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 5:00p.m. del día viernes trece (13) de Septiembre de dos mil trece (2013) y en cumplimiento de la Resolución R-561 del 9 de Septiembre de 2013 expedida por el Rector del Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas, para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. La Secretaria General, una vez instalada la Ceremonia, lee la resolución afirmando que la graduanda ha cursado y aprobado el plan de estudios con la intensidad horaria requerida y cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el Juramento y le otorga el título de:

**MÉDICA Y CIRUJANA**

**A:**

**JACKELINE DELGADO BRAVO**

1.061.696.596 de Popayán

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Médica y Cirujana

Se registra en el Libro Nº: 077; Folio Nº:1172; Diploma Nº:1172-13

La ceremonia finaliza a las 6:00p.m.

Para constancia se expide la presente Acta de Grado. (Firmado) HUGO ALDEMAR COSME VARGAS - Rector Encargado; JOSE LUIS DIAGO FRANCO - Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud; LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS - Secretaria General.

Se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a trece (13) de Septiembre de dos mil trece (2013)

**LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS**

Secretaria General

Elaboró: Sonia G.

012317

Powered by CamScanner

FISIOTERAPIA en Movimiento

# Certificado Internacional

Fisioterapia en Movimiento S.A.S Nit. 900988768-2

Certifica que:

## *Jackeline Delgado Bravo*

**Documento de identidad**
1061696596

Ha participado y completado la formación en:

## CERTIFICACIÓN PRESENCIAL EN TERAPIA NEURAL

Válido por 8 horas académicas de educación presencial.

**Fecha de finalización:** 06 de julio de 2025

Joham Reyes Durango
CEO de Fisioterapia en Movimiento

Felipe Flórez Acevedo
CEO de Fisioterapia en Movimiento

CERTIFICADO PRESENCIAL

Este certificado se emite como formación de educación continua y no otorga el título universitario.

Powered by CamScanner

Congreso Médico
Latinoamericano de
Atención y Cuidado Primario

# IPMA 2024

Certifica que

## *Jackeline Delgado Bravo*

*ID. 1061696596*

Asistió al XXVI Congreso Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario IPMA 2024

*Cali 05 y 06 de julio 2024*

Sr. Carlos Ortiz
Director Organización
de Capacitación

PLA

Academia de Certificación Clínica
IPMA
Interdisciplinary
Postgraduate
Medical Advances

IUSF
INTERNATIONAL UNIVERSITY
OF SOUTH FLORIDA

Powered by CamScanner

5° CONGRESO DE MÉDICOS RESIDENTES

Universidad del Cauca

# LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

## Certifica que:

**JACKELINE DELGADO**
**1061696596**

Asistió y participó activamente en el

**" 5° Congreso de Médicos Residentes "**

Que se realizó en Popayán los dias 10 y 11 de Mayo de 2012

**Marcela L. Tascón M.**
Coordinadora del Congreso

**Diego Velásco López**
Director Departamento de Postgrados

Powered by CamScanner

# UNIVERSIDAD LIBRE
## Seccional Cali

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
AREA SOCIAL, COMUNITARIA Y HUMANÍSTICA

Certifica que:

**JACKELINE DELGADO BRAVO**

Participó como Conferencista Principal en el Seminario Taller:

**"MEDICINA FAMILIAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD FAMILIAR COMO MODELO DE ATENCIÓN"**

Con una intensidad horaria de 8 horas

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los 26 días del mes de octubre de 2012

**ALFONSO MARÍA VALENCIA CAICEDO**
Decano Facultad Ciencias de la Salud

**MARTHA EUGENIA URIBE MUTIS**
Jefe Área Social, Comunitaria y Humanística

Powered by CamScanner

# Urgente Saber URGENCIAS

## LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA

### Facultad de Ciencias de la Salud

## Certifica a:

# Jackeline Delgado

**Asistió en calidad de**

## PARTICIPANTE

**Al Primer Seminario "Urgente Saber URGENCIAS"**

**Realizado en Popayán, Colombia el día 1 de noviembre de 2012**

**Intensidad 8 horas**

Dr. Alexei Rojas
Jefe Departamento Ciencias Quirúrgicas
Universidad del Cauca

Dr. José Luis Diago
Decano Facultad Ciencias de la Salud
Universidad del Cauca

Dr. José Luis Verhelst
Coordinador - Urgencias
Hospital Universitario San José

María del Carmen Gómez
Coordinadora del Seminario
Pregrado - Medicina

Powered by CamScanner

VI Congreso Médicos RESIDENTES Universidad del Cauca

**LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**Certifica que:**

Jackeline Delgado

Asistió y participó en el

**" 6° Congreso de Médicos Residentes "**

Que se realizó en Popayán los dias 2 y 3 de Mayo de 2013

**Marcela L. Tascón M.**
Coordinadora del Congreso

**José Enrique Chagüendo**
Director Departamento de Postgrados

Powered by CamScanner

PROCESO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E**

**CERTIFICA QUE:**

Jackeline Delgado B.

cc. 1061696596

***Asistió a Capacitación Asesoría Pre y Post Prueba Voluntaria para VIH ( APV) con un enfoque diferencial y de vulnerabilidad***

INTENSIDAD 8 HORAS

Popayan 25 Octubre 2014




**CLAUDIA PATRICIA NARVAEZ AVELLANEDA,**
**MEDICA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA**
**ASPIRANTE MASTER MD EXPERTO EN VIH**
**Certificada en Asesoría Pre y Post por CHF Internacional, Ministerio de la Protección Social, UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas, Universidad del Cauca, Fondo Global.**

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal
¡Progreso para
Popayán!

# La Secretaria de Salud Municipal - Alcaldía de Popayán

## Hacen constar que:

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

**JACKELINE DELGADO BRAVO**

*Identificado (a) con C.C:* 1.061.696.596

*Participó en el seminario sobre Atención Integral en Salud a Victimas de Violencia Sexual, realizado en la ciudad de Popayán el día 5 de Noviembre de 2015*

*Duración: 8 horas de intensidad.*

P/

*Dra. Blanca Leticia Muñoz Muñoz*
*Secretaria de Salud Municipal*
*Alcaldía Municipal*

*Carlos Vicente Zuñiga Vargas*
*Médico Forense*
*Instituto Medicina Legal y Ciencias Forenses*
*Dirección Seccional Cauca*

Powered by CamScanner

Alcaldía Municipal
¡Progreso para
Popayán!

# La Secretaria de Salud Municipal y la Universidad del Cauca

## Hacen constar que:

JACXELINE DELGADO BRAVO

*Identificado (a) con C.C:*

*Participó del Seminario en Control Prenatal y Planificación Familiar para profesionales de la salud - Nuevas Guías de Manejo - 25 de Noviembre de 2015*

*Duración: 8 horas de intensidad.*

*Dra. LETICIA MUÑOZ MUÑOZ*
*Secretaria de Salud Municipal*
*Alcaldía Municipal*

*Dr. JOSÉ LUIS DIAGO FRANCO*
*Decano Facultad Ciencias de la Salud*
*Universidad del Cauca*

*Dr. ROBERTH ORTIZ*
*Médico especialista en ginecología y obstetricia, Magister en Epidemiología*

Powered by CamScanner

# INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES:

## DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Glucerna & Abbott

CERTIFICAN QUE:

Jackeline Delgado Bravo

ASISTIÓ AL TALLER DE INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Gabriel Gómez M.

DR. GABRIEL GÓMEZ
DIR. MÉDICO ABBOTT LABORATORIES

Popayán
CIUDAD

20 Abril 2017
FECHA

Powered by CamScanner

Gobernación del
Valle del Cauca
Secretaría Departamental de Salud

AIEPI
Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

FUNDACIÓN POHEMA
Oncología y hematología pediátrica
¡Un verso de vida por la infancia!

La Fundación POHEMA certifica que:

Jackeline Delgado Bravo

Participó en el entrenamiento del Módulo AIEPI
"Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez".

En constancia de lo anterior, se firma a los 26 días del mes de Septiembre de 2017

Dr. David Maldonado
Coordinador del proyecto IMCI

Martha Eugenia Paz
Gerente Fundación POHEMA

Powered by CamScanner

# La Asociación Caucana de Anestesiología y Reanimación ACAR

INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN Y SERVICIOS S.A.S

## CERTIFICA QUE:

**JACKELINE DELGADO BRAVO**

**C.C: 1.061.696.596**

## Asistió al Curso de:

**ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

En cumplimiento a la Resolución 0459 del 2012 y 2003 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 40 horas.

En constancia se expide esta certificación en la ciudad de Popayán, a los 28 días del mes de Noviembre de 2019.

**Vigencia: 27 de Noviembre de 2022**

Dra. Olga Lucia Herrera L.
Presidente - ACAR

Dra. Ximena Palacios Ramos
Presidente - IES S.A.S

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 300779009

PIB
22:31:56
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de agosto 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) JACKELINE DELGADO BRAVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1061696596:

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 Política 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.**



Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:29:29 PM horas del 05/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1061696596**

Apellidos y Nombres: **DELGADO BRAVO JACKELINE**

**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 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Powered by CamScanner

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, 07/08/2026 08:51:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1061696596** y Nombre: **JACKELINE DELGADO BRAVO.**

## 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. **145420352** . 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



Powered by CamScanner

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 20:41:48 horas del 07/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1061696596,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Timbio**, con NIT **817000999-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

---

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Powered by CamScanner

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 05 de agosto de 2026, a las 22:30:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1061696596 |
| Código de Verificación | 1061696596260805223049 |

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

Powered by CamScanner

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 1061696596 **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 06/08/2026 08:51 PM

Código Verificación: **5H6M1A97XB**

Válida hasta: **05/11/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

Powered by CamScanner

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 141056189681

(415)7707212489984(8020) 000014105618968 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1061696596 | 7 | Impuestos y Aduanas de Popayán 17 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1061696596 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Cauca 19 | Popayán 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DELGADO | BRAVO | JACKELINE | |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Cauca 19 | Popayán 001 |

41. Dirección principal: CR 2 CL 21 D N 100 BRR PORTAL DEL CERRO

42. Correo electrónico: jakelindb@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 8352706 | 3117148953 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8621 | 2013/09/13 | 8299 | 2019/03/14 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 | 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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

61. Fecha: 2024-07-04 / 04:08:10PM

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 06-08-2026 09:19:44PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1061695596 | JACKELINE DELGADO BRAVO | | CRA 2 #21DN-100 PORTAL DEL CERRO | 3117148953 | jakelindb@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CAUCA | POPAYÁN | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 94257871 | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $779.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 315.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 315.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 403.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 403.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 61.400 | | | | 61.400 | 0 | 0 | 61.400 | | | 614 | 61.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 315.000 | 315.000 |
| Pensión | 1 | 403.200 | 403.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 61.400 | 61.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 779.600 | 779.600 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 1

## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1061686586 | JACKELINE DELGADO BRAVO | | CRA 2 #21DN-100 PORTAL DEL CERRO | 3117148953 | jakelindb@hotmail.com | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 – Independiente | | | CAUCA | POPAYÁN | | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DAAMEPAGO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DAAMEPAGO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1[illegible]71 | | 1 | 1 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-09 | 2026-09 | I | $0 | $779.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | INS | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Tarifa CCF | IBC otros parafiscales | Tarifa SENA | Tarifa ICBF | Tarifa ESAP | Tarifa ESPE |
| 1 | CC 1061686586 | DELGADO BRAVO JACKELINE | 59 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.520.000 | 21 | 403.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 2.520.000 | 21 | 315.000 | 14-03 | 2.520.000 | 21 | 3 | 65.436 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JACKELINE DELGADO BRAVO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.696.596**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Grupo

Powered by CamScanner

# Angela Maria Velasco Beltran

NIT. 1.061.687.587

Carrera 11 # 17 n 105 Antonio Nariño

Cel. 3186833663 - Tel. 8344923 - E-mail. medicoangelavelasco@gmail.com


## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 4.464

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 06 DÍA | 08 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, 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 | HOSPITAL TIMBIO |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| DELGADO BRAVO JACKELINE | FEMENINO | 39 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS | CC (Tipo) | 1061696596 (Número) |

Cargo: MEDICA

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | PROTECCION | POSITIVA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA.**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| 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 | ✓ | OPTOMETRÍA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP : SEGUN SU PUESTO. | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS, 10 MINUTOS. | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL HA SIDO ASIGNADO SIN RESTRICCIÓN O RECOMENDACIÓN.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Médico Angela Velasco
Esp SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
C.C. 1 061 687 587

Firma: _____

Nombre: CC: 1061687587 - ANGELA MARIA VELASCO

R. M.: 1061687587 L.S.O.: 04294052022

Código de Seguridad
R1224X1D4464

**Aspirante o Trabajador**

Firma: _____

Nombre: DELGADO BRAVO JACKELINE

CC: 1061696596




Powered by CamScanner

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-08-06 21:05 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JACKELINE | | DELGADO | BRAVO |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 1061696596 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NARIÑO | LA CRUZ |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | CAUCA | POPAYÁN |

| | |
|---|---|
| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | HOSPITAL TIMBIO E.S.E. |

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | CAUCA | TIMBÍO |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["carrera 22 No. 18-00"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $60.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $5.600.000,00 |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $65.600.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $100.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| INMUEBLE | COLOMBIA | CAUCA | POPAYÁN | $150.000.000,00 |
| VEHICULO | COLOMBIA | CAUCA | POPAYÁN | $40.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| CREDITO HIPOTECARIO | $12.000.000,00 |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Powered by CamScanner

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| FRANCISCO | FRANCO | OBANDO | DIAZ |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 87247950

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Powered by CamScanner

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Powered by CamScanner

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Powered by CamScanner

## FORMATO DECLARACIÓN AUSENCIA DE INHABILIDADES

Yo, **JACKELINE DELGADO BRAVO,** identificada con tipo de documento de identificación N°. **1061696596** expedido en POPAYAN-**CAUCA** autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado,** a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores edad que administra el Ministerio de Defensa - Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar dicha vinculación autorizo a que la consulta se realice cada cuatro (4) meses a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, bajo la gravedad del juramento, manifiesto, que no me encuentro personal natural (x) , persona Jurídica ( ), incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8º y 9º de la Ley 80 de 1993, 199 artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, y artículo 2.2.1.1.2.2.5 del decreto 1082 del 2015 y en las demás normas que las aclaren, modifiquen o deroguen, así como en las demás normas concordantes y vigentes sobre la materia, como lo es el artículo 90 de la Ley 1474 de 2011. De igual forma manifiesto que no me encuentro o la(s) persona(s) por mi representada(s) no se encuentra(n) en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.

Declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el Municipio de Timbío Cauca el día 6 de AGOSTO de 2026.

Firma:
Teléfono: 3117148953
Correo electrónico: jakelindb@hotmail.com



Powered by CamScanner

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente JACKELINE DELGADO BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,061,696,596 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 570329227 aperturada el 8 de septiembre de 2016 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 5 de agosto de 2026.

---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0570329227 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0570000200329227 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130570000200329227 |

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste ES UTC -5 21:33:16

Buscar por proces Menú

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Cargo** | Medica General |
| **Título** | Dr(a) |
| **Nombre** | Jackeline |
| **Apellidos** | DELGADO BRAVO |
| **Fecha de Nacimiento** | 20/12/1986 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nivel Educativo** | Universitaria completa (con título) |
| **Género** | Mujer |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** | Sí No |
| **Nombre y apellido** | Jackeline DELGADO BRAVO |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 1061696596 |
| **Dirección** | CARRERA 2 NORTE # 21D - 100 NORTE, CASA D11 |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 4 |
| **Ubicación** | Popayán |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | JAKELINDB@HOTMAIL.COM |
| **Teléfono** | 3117148953 |
| **Celular** | 3117148953 |

## Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es el nombre de su abuelo? |
| **Respuesta** | pedro |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3117148953 |

Editar

Powered by CamScanner

## FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** de lo siguiente:

1. El **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la ley
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. Mediante la página web de la entidad **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. El **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al **Hospital Timbío-Empresa Social Del Estado** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en el Municipio de Timbío Cauca, a los 6 días del mes de AGOSTO de 2026.

Firma:
Nombre: Jackeline Delgado Bravo
Identificación: 1061696596



Powered by CamScanner

HOSPITAL TIMBÍO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit 817000999-6
GERENCIA

Libertad y Orden

# EL SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL TIMBIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## CERTIFICA:

Que en cumplimiento de lo establecido en el acuerdo 020 del 31 de diciembre de 2019 por medio del cual se modifica el manual de funciones y competencias laborales para los empleos de la Planta global del Hospital Timbío Empresa Social Del Estado, se solicita la expedición de la certificación de inexistencia o insuficiencia de personal debido a:

| SITUACIÓN QUE ORIGINA LA SOLICITUD | CASO QUE APLICA |
|---|---|
| No existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la presentación del servicio. | X |
| Existe personal en la planta, pero este no es suficiente. | - |
| El desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio. | - |

Las personas naturales objeto de la solicitud deberán cumplir el siguiente perfil: Medico

Las actividades a ejecutar son de carácter eminentemente transitorio.

Se expide y firma en Timbío - Cauca, al seis (6) de agosto de 2026. con fundamento en la solicitud y justificación presentada ante el subdirector administrativo

DIEGO JOSE VALENCIA HERRERA
Subdirector Administrativo y Financiero - Hospital Timbío ESE

Proyectó: Cielo Esperanza Quintero Ocampo
Aux. Administrativo Talento Humano
Hospital Timbio E.S.E

| PROFESION | CASO QUE APLICA ( X ) |
|---|---|
| Administrativos, enfermería, médicos, promotores, odontólogos, psicólogos. social, comunicadores, higienista oral | Debe de ir en la primera casilla |
| Aux, enfermería | Debe de ir en la segunda casilla |



Powered by CamScanner