| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL** | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 03<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:18/07/2022<br>PAGINA 1 de 2 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Angélica Toro Polo, Identificado con Cédula No. 22647305 y Profesión Enfermera. **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

**FIRMA:** [signature]

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión) | ✓ | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php** | ✓ | |
| 4 | Propuesta de Servicios | ✓ | |
| 5 | Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | ✓ | |
| 6 | Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | ✓ | |
| 7 | Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | ✓ | |
| 8 | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | ✓ | |
| 9 | Cedula de Ciudadanía | ✓ | |
| 10 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 11 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 12 | RUT - Registro Único Tributario | ✓ | |
| 13 | Hoja de Vida — Función publica | ✓ | |
| 14 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | ✓ | |
| 15 | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual)**. | ✓ | |
| 16 | Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 17 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**) | ✓ | |
| 18 | Tarjeta Profesional | ✓ | |
| 19 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | ✓ | |
| 20 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 21 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**). | | |
| 22 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | ✓ | |
| 24 | Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 25 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | |
| 26 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | ✓ | |
| 27 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | | |
| 28 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | ✓ | |
| 29 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 30 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 31 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 32 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | ✓ | |
| 33 | Soporte de experiencia laboral. | ✓ | |
| 34 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | ✓ | |
| 35 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página | ✓ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | | |
| 36 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 37 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 38 | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días) | ✓ | |
| 39 | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | ✓ | |

**NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna.** Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: _____

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **22647307**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22647307 | TARA | POLO | ANGELICA | MARIA | 2022-07-17, 8:52 am |

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Escaneado con CamScanner

Santa Marta. 15/07/22

Doctor:
Luis Oscar Galves Mateus
Gerente
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institucion yo Angelica Maria Toro Polo.
Identificada con la CC: 22647307 le solicito a usted , me permita ingresar como
enfermera. espero reunir las condiciones
necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Angelica Toro
CC: 22647307

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 200807190

WEB
08:44:12


Bogotá DC, 17 de julio del 2022

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) ANGELICA MARIA TARA POLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 22647307:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

**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.**



Escaneado con 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 domingo 17 de julio de 2022, a las 08:46:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 22647307 |
| Código de Verificación | 22647307220717084630 |

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB



Escaneado con CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:47:33 AM horas del 17/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **22647307**

Apellidos y Nombres: **TARA POLO ANGELICA MARIA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Escaneado con 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, 17/07/2022 09:51:04 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22647307** y Nombre: **ANGELICA MARIA TARA POLO.**

## 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. **37259171** . 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

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **22.647.307**

**TARA POLO**

APELLIDOS

**ANGELICA MARIA**

NOMBRES



Angelica Tara

FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1980**

**BARRANQUILLA**
**(ATLANTICO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**04-DIC-1998 SOLEDAD**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VACHA**

A-2100100-00968503-F-0022647307-20180111 **00591**19046A 1 4444769424

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14570352648

(415)7707212489984(8020) 000001457035264 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 2 6 4 7 3 0 7 | 3 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 22647307 | 1998 12 04 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Soledad 7 5 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TARA | POLO | ANGELICA | MARIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 35 55 C 27

42. Correo electrónico: angelicatarapolo@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3624912 | 3002985631 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2006 08 08 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 02

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
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: 08-12-2020 09:10:14AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| TARA | POLO | ANGELICA MARIA. |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 22647307 | F (X) M ( ) | COL. ( ) EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 06 MES 04 AÑO 1980 | CLLE 29A 18-58 |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA |
| DEPTO MAGDALENA | MUNICIPIO SANTA MARTA |
| MUNICIPIO SANTA MARTA | TELÉFONO 3164931635 EMAIL ANGELICATARA@HOTMAIL |

## 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 11 AÑO 1999 |

**EDUCACION 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | 8 | X | | ENFERMERA | 10 | 2005 | 27320 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HUSMB | X. | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | www.husmb.com. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4346262 ext 118 | DÍA 08 MES 11 AÑO 2011 | DÍA 31 MES 07 AÑO 2022. |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.



Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 15 | 3. |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 15 | 3. |

## 5 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* SANTA MARTA 15/07/2022.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*



Escaneado con CamScanner

República de Colombia

# Instituto Técnico Comercial

# Gimnasio Pablo VI de Soledad

Soledad - Atlántico

Aprobado Según Resolución No. 292 de Mayo 7 de 1990

Confiere a:

## Angelica Maria Tara Polo

22.607.307 de Soledad

El Título de

## Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

INSTITUTO TECNICO COMERCIAL GIMNASIO PABLO VI Lic. WILLIS GARRIDO RECTOR

INSTITUTO TECNICO COMERCIAL GIMNASIO PABLO VI SECRETARIA

Libro No. 1 Acta No. 06 Folio No. 33 No. de orden 99 - 528

Soledad - Atlántico, Noviembre 28 de 1999

República de Colombia

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional

# La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

Aprobada por Resolución Nº 2624 del 31 de Marzo de 1977 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

# Enfermera

A ANGELICA MARIA TARA POLO

con cédula de ciudadanía No. 22'647.307 de Soledad.

En testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 21 días del mes de Octubre de 2005 y lo refrenda con las firmas y sellos de rigor.

El Secretario General

El Rector.

El Decano de la Facultad

Registrado en el Folio No. 185 del Libro de Diplomas 13

Secretaria General de la Corporación

Escaneado con CamScanner

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo
Simón Bolívar
NIT. 890.104.633-9

Carrera 59 No. 59-92
Tels: 3444333 - 3441265
3686918 • Fax: 3682892

Apartado Aéreo: 50595
Barranquilla • Colombia

**CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR, CON PERSONERIA JURIDICA SEGÚN RESOLUCION No.1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972. FACULTAD ENFERMERIA**

**ACTA No 12**

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, Republica de Colombia, a los 21 días del mes de Octubre del año 2005, en la Casa de la Cultura de América Latina de esta Corporación Educativa, se reunió la Sala General y el Consejo de Gobierno, para otorgar por intermedio del señor Rector ( E ) Doctor **EUGENIO BOLIVAR ROMERO**, el titulo de **ENFERMERA**, a **ANGELICA MARIA TARA POLO,** identificado con cedula de ciudadanía numero **22647307,** quien ha llenado los requisitos legales y académicos respectivos, habiéndosele tomado el juramento de rigor y se le hizo entrega del correspondiente Diploma que lo acredita como **ENFERMERA**.

En Constancia se extiende y se firma esta Acta. Fdo. **EUGENIO BOLIVAR ROMERO, Rector** ( E ), FDO. **RAFAEL BOLAÑO MOVILLA**, Secretario General. FDO. **MILDRED CARROLL MOZO**, Decano Facultad de Enfermería.

Es fiel copia de su original.

**RAFAEL BOLAÑO MOVILLA**
**Secretario General.**

Barranquilla, Octubre 21 de 2005

Corporación Educativa Simón Bolívar
Secretaría General
Barranquilla



Escaneado con CamScanner

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

y el

Instituto de Posgrados y Educación Continuada

Confieren el certificado de

# Diplomado

En: URGENCIAS CRITICAS

A: ANGELICA MARIA TARA POLO

con Cédula de Ciudadanía No. 22'647.307 de Soledad

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 21 días del mes de Octubre de 2005 y lo refrendan con las firmas y sellos de rigor.

Secretario General | Director de Posgrado | Director Educación Continuada | Director del Programa Académico | Director de Registro y Control

Escaneado con CamScanner

**GOBERNACION DEL MAGDALENA**
**SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No. 47** 3537

"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor (a) **ANGELICA MARIA TARA POLO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 22.647.307, expedida en Soledad - Atlántico, solicitó ante esta Secretaría la **INSCRIPCIÓN** del ejercicio de su profesión, según título de **ENFERMERA**, otorgado por **LA CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR**, según Acta de grado No. 12, con fecha 21 de Octubre de 2005 y quien presenta Resolución de Autorización para el Ejercicio Profesional No. 19-1365, expedida por La Direccion Departamental de Salud del Cauca de fecha 09 de Abril de 2007.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Inscribir a **ANGELICA MARIA TARA POLO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 22.647.307, expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** para laborar en el Departamento.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar; con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha:

**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ**
**Secretaria Seccional de Salud del Magdalena**

**Proyectado: Tatiana Cotes** **Revisada: Piedad De la Hoz**

**RESPETO POR EL MAGDALENA**

Escaneado con CamScanner

**TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA**
NIT: 830040508-1
*Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:*
*"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"*

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **ANGELICA MARIA TARA POLO** identificada con la cédula de ciudadanía número 22.647.307, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de julio del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edifico Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@outlook.com

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE ANGELICA MARIA TARA POLO

C.C. 22.847.307 SOLEDAD (ATL)

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

RUN No. 27320
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 24/MAR/2011

FECHA DE ACTUALIZACION
DATOS 24/MAR/2021

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

Escaneado con CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam... > 1

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 22647307

Primer Nombre *: ANGELICA

Primer Apellido *: TARA

Confirme los números de la Imagen *: 4052

Cambiar

3583

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2022-07-17--9:09:31 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 22647307 | ANGELICA | MARIA | TARA | POLO | 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) ANGELICA MARIA TARA POLO identificado(a) con CC 22647307 registra La siguiente Información:**

**2022-07-17--9:09:31 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Titulo | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2011-03-24 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |

**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).**

Escaneado con CamScanner

*República de Colombia*

*Departamento del Magdalena*

**CORPORACION EDUCATIVA**

# INSALUD

**¡ Un Nuevo Concepto en Educación !**

**Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 525 del 04 de noviembre de 1999 y con registro de programa según resolución No. 0859 del 09 de junio de 2011 , emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0030 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.**

*Teniendo en cuenta que*

## ANGELICA MARIA TARA POLO

***IDENTIFICADO (A) CON C.C. 22.647.307***

**Aprobó los estudios programados por INSALUD y cumplió los Requisitos Exigidos por los Reglamentos Internos, le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional en el curso de:**

# *Violencia Sexual*

**Con una intensidad total de 30 horas, virtuales.**

**Dado en Santa Marta, a los 03 Días del mes de Diciembre del 2020.**

**Director**

**Coordinador**

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO**
**PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.**

*ANGELICA MARIA TARA POLO*
*C.C. 22647307*

ASISTIÓ Y APROBÓ
**ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO**

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 09 de Enero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL +1 647 8069272

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

PNHM CIA LTDA

**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO**
**PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.**

*ANGELICA MARIA TARA POLO*
*C.C. 22647307*

ASISTIÓ Y APROBÓ
**MANEJO Y ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS**

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 09 de Enero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Manejo y Administración Segura de Medicamentos.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL +1 647 8069272

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO**
**PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.**

PNHM CIA LTDA

*ANGELICA MARIA TARA POLO*
*C.C. 22647307*

ASISTIÓ Y APROBÓ

**ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS**

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 09 de Enero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención a Personas Víctimas de Ataque con Agentes Químicos.

**PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO**
**ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA**

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Enero de 2023

CEL +1 647 8069272

Escaneado con CamScanner

| NOMBRE DE LA EMPRESA | CIUDAD | AÑO DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|
| Hospital Julio Mendiz Barranchet | SANTA MARTA | 23 | 12 | 2019 |

**DATOS DEL TRABAJADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Y Apellido: Angelica Tara Polo | Documento de Identidad Tipo: CC X | No 22.647.307 | |
| Direccion: Cll 19 1B-58 Av Rio | Telefono: 3164931635 | | |
| Cargo: Enfermera. | Sexo: M ☐ F X | Fecha de Nacimiento: 06/04/1980 | |

**Tipo de Examen Ocupacional**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Preocupacional | X | Periodico | | Post Ocupacional | | Manipulador Alimentos | |
| Reintegro Laboral | | Post Incapacidad | | Reubicacion | |

**Examenes Practicados (N Normal A Anormal NR No Realizado)**

| EXAMEN | N | A | NR | LABORATORIOS /IMÁGENES | N | A | NR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Medico Ocupacional | X | | | Glicemia | | | |
| Visiometria | | | | Perfil Lipidico | | | |
| Espirometria | | | | Cuadro Hematico | | | |
| Audiometria | | | | Serologia | | | |
| | | | | | | | |

**Aptitud Ocupacional Ingreso**

| | |
|---|---|
| Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente | X |
| Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral | |
| Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo | |
| Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar | |

¿Presenta Restricciones? SI ☐ No X ¿Cuáles? _____

Observaciones: Examen Fisico Normal

**Concepto Final de Aptitud Ocupacional**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apto sin Limitaciones | X | Apto con limitacione | | Aplazado | | Apto Manipular Alimentos | |
| No Apto | | Apto para Alturas | | No Apto para Alturas | | No Apto Espacios Confinados | |
| Apto Espacios Confinados | | Apto con condiciones | | | | | |

**RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL**

| Medicas | | Ocupacional | | | | Habitos y estilos de vida saludable | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Remisión a EPS | | Uso de EPP | | | | Inicio de actividad fisica | |
| | | Ingreso al SVE | | | | Dejar de fumar | |
| Continuar manejo médico | | Carga fisica | | Visual | | Reducir el consumo de alcohol | |
| | | Ruido | | Biologico | | Control del peso | |
| Remisión a ARP | | Radiologico | | Radiaciones | | Otro: | |
| | | Psicolaboral | | Cardiovascular | | | |
| Citologia Vaginal | | otro | | | | | |

Bryana Dayana De La Cruz Bautista
Auxiliar en Salud

Firma del Medico - R.M.
Licencia de Salud Ocupacional

Angelica Tara

Firma del Trabajador
CC No. 22647307

Escaneado con CamScanner

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2**

**CERTIFICA**

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **ANGÉLICA MARÍA TARA POLO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **22.647.307** expedida en Soledad (Atlántico), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **212** de fecha 08 de Noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS ($3.649.738).
2. No. **1184** de fecha 15 de Noviembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2012, por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($4.106.400).
3. No. **323** de fecha 28 de Febrero de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Marzo al 30 de Junio de 2013, por un valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($10.266.000).
4. No. **754** de fecha 23 de Julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 24 de Julio al 23 de Agosto de 2013, por un valor UN MILLÓN SETECIENTOS ONCE MIL PESOS ($1.711.000).
5. No. **946** de fecha 27 de Septiembre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 27 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2013, por un valor OCHO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($8.555.000).
6. No. **185** de fecha 07 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 27 de Enero al 30 de Junio de 2014, por un valor DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($10.266.000).
7. No. **843** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de Julio al 31 de Agosto de 2014, por un valor TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MIL PESOS ($3.422.000).
8. No. **1289** de fecha 09 de Octubre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Octubre al 31 de Diciembre de 2014, por un valor SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($6.844.000).
9. No. **305** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015, por un valor CINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL PESOS ($5.133.000).
10. No. **729** de fecha 31 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015, por un valor CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner

11. No. **1654** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015, por un valor SIETE MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($7.040.000).
12. No. **2491** de fecha 17 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015, por un valor TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
13. No. **055** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de Enero de 2016, por un valor UN MILLON SETECIENTOS SESETA MIL PESOS ($1.760.000).
14. No. **775** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016, por un valor TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
15. No. **1824** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).
16. No. **2249** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016, por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
17. No. **3119** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016, por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
18. No. **4028** de fecha 02 de noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016, por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
19. No. **479** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017, por un valor de DIEZ MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($10.560.000).
20. No. **1368** de fecha 04 de julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de julio hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
21. No. **2860** de fecha 6 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 6 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000).
22. **ADICION Y PROOROGA** No. 01 de fecha 29 de Noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio **No. 3860** del 01 al 31 de Diciembre de 2017 por un valor de UN MILLON SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($1.760.000).
23. No. **433** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de DIEZ MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($10.560.000).
24. No. **1227** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de Septiembre de 2018, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).
25. No. **2085** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).
26. No. **775** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019, por un valor de ONCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS ($11.193.600).

VIGILADO Supersalud



hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Escaneado con CamScanner

27. No. **1469** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($7.462.400).
28. No. **2308** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS ($3.731.200).
29. No. **701** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($7.462.400).
30. No. **1169** de fecha 01 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS ($3.731.200).
31. No. **1801** de fecha 01 de Julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de Septiembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
32. No. **2709** de fecha 01 de Octubre de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
33. No. **185** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
34. No. **1270** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

VIGILADO Supersalud

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

Se expide por solicitud de la interesada, a los veintidós (22) días del mes de abril de 2021.

**ANA MARIA CORDOBA LEAL**
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA



hujuliomendezb

juridica@hujmb.com
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118 - 141
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
www.hujmb.com - Santa Marta - Colombia

Escaneado con CamScanner

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

**LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"**

**CERTIFICA**

Que la Señora**, ANGELICA MARIA TARA POLO,** identificada con cedula de Ciudadanía **No 22.647.307**, es contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis, prestando sus servicios como **ENFERMERA,** en virtud de las siguientes Órdenes de Prestación de Servicios:

1. No. **212** de fecha 08 de Noviembre de 2011, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2011, y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS ($3´649.738.00)M/L.
2. No. **1184** de fecha 15 de Noviembre de 2012, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2012, y por un valor de CUATRO MILLONES CIENTO SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($4´106.400.00)M/L.
3. No. **323** de fecha 28 de Febrero de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Marzo al 30 de Junio de 2013, y por un valor de DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($10´266.000.00)M/L.
4. No. **754** de fecha 23 de Julio de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 24 de Julio al 23 de Agosto de 2013, y por un valor UN MILLÓN SETECIENTOS ONCE MIL PESOS ($1´711.000.00)M/L.
5. No. **946** de fecha 27 de Septiembre de 2013, con un plazo de ejecución contado a partir del 27 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2013, y por un valor OCHO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($8´555.000.00)M/L.
6. No. **185** de fecha 07 de Enero de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 27 de Enero al 30 de Junio de 2014, y por un valor DIEZ MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS ($10´266.000.00)M/L.
7. No. **843** de fecha 16 de Julio de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 30 de Julio al 31 e Agosto de 2014, y por un valor TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIDÓS MIL PESOS ($3´422.000.00)M/L.

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

Escaneado con CamScanner

8. No. **1289** de fecha 09 de Octubre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Octubre al 31 de Diciembre de 2014, y por un valor SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($6´844.000.00)M/L.
9. No. **305** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015, y por un valor CINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL PESOS ($5´133.000.00)M/L.
10. No. **729** de fecha 31 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015, y por un valor CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5´280.000.00)M/L.
11. No. **1654** de fecha 01 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Octubre de 2015, y por un valor SIETE MILLONES CUARENTA MIL PESOS ($7´040.000.00)M/L.
12. No. **2491** de fecha 17 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015, y por un valor TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3´520.000.00)M/L.
13. No. **055** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de Enero de 2016, y por un valor UN MILLON SETECIENTOS SESETA MIL PESOS ($1´760.000.00)M/L.
14. No. **775** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016, y por un valor TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3´520.000.00)M/L.

24- No. No. **1824** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2016 y por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000.00) MCTE.

25- No. **2249** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Julio hasta el 31 de Agosto de 2016 y por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000.00) MCTE.

26- **3119** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Septiembre hasta el 31 de Octubre de 2016 y por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000.00) MCTE.

27- No. **4028** de fecha 02 de noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de noviembre hasta el 31 de Diciembre de 2016 y por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000.00) MCTE.



Escaneado con CamScanner

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

28- No. **479** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Enero hasta el 30 de Junio de 2017 y por un valor de DIEZ MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($10.560.000.00) MCTE.

29- No. **1368** de fecha 04 de julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de julio hasta el 31 de Agosto de 2017 y por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000.00) MCTE.

30- No. **2860** de fecha 6 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 6 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017 y por un valor de TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.520.000.00) MCTE.

31- ADICION Y PROOROGA NO 01 de fecha 29 de noviembre de 2017, de la orden de prestación de servicio NO 3860 del 1 al 31 de diciembre de 2017 por un valor de UN MILLON SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS ($1.760.000.00) MCTE

32-26 No. **433** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018 y por un valor de DIEZ MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL PESOS ($10.560.000.00) MCTE.

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los diecisiete (17) días del mes de abril de 2018 para solicitar arrendamiento de inmueble

**ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ**
Profesional Especializado

Dirección: Carrera 14 No 23-42 Santa Marta-Colombia
E-mail: talentohumano@hospitalfernandotroconis.com
Teléfonos: 4346262 Ext. 140 -3215399661-3157199484

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 21-09-11 | 012M9002 | Ex. Enfermera R.P. 127 |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Edades | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Contra Influenza | | | | | |
| | | | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Edades | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Contra Influenza | | 04/04/11 | UA385AA | 1 año | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | 21/06/18 | Serum 012N7186 | Yeisi Kaprielo |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Edades | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| Antirrábica | 1 | | | | |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Escaneado con CamScanner

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para ingresar a zonas de riesgo



En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA , YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Angelica |
| Apellidos: | Tara Solo |
| Documento de identidad: | CC TI Pasaporte No. 22647309 |
| Fecha de Nacimiento: | Día Mes Año |

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para ingresar a zonas de riesgo



En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | ANGELICA |
| Apellidos: | TARA |
| Documento de identidad: | C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 22.647.309 |
| Fecha de nacimiento: | Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ] |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para ingresar a zonas de riesgo.



En caso de requerir el Certificado Internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

| | |
|---|---|
| Nombres: | Anselica |
| Apellidos: | |
| Documento de identidad: | C [ ] |
| Fecha de nacimiento: | 06 04 1980 |

Escaneado con CamScanner

El servicio público es de todos | 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: OTRO

Fecha de publicación: 2022-07-16 20:03

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ANGELICA | MARIA | TARA | POLO |

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 22647307

Lugar de nacimiento

País: Colombia | Departamento: Atlántico | Municipio: BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País: Colombia | Departamento: Atlántico | Municipio: BARRANQUILLA

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: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: Colombia | Departamento: Magdalena | Municipio: SANTA MARTA

Dirección: ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

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 último año gravable fueron:



Escaneado con CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $2.355.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | $2.355.000,00 |
| TOTAL | $4.710.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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:



Escaneado con CamScanner

| 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:

| 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 [ ] No [X]

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 [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]



Escaneado con CamScanner

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]

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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Escaneado con CamScanner

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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:



Escaneado con CamScanner

Salud Total...

Bogotá, Julio 18 de 2022

Señora:
TARA POLO ANGELICA MARIA
CC. 22647307
CL 29 N 18 58 B -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 9 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TARA POLO ANGELICA MARIA | 22647307 | C | Oct-9-2018 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| EMPLEADOR SAT TEMPORAL | 22647307 | Dependiente | CERRADO |
| ANGELICA MARIA TARA POLO | 22647307 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| ANGELICA MARIA TARA POLO | 22647307 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| ANGELICA MARIA TARA POLO | 22647307 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| ANGELICA MARIA TARA POLO | 22647307 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| ANGELICA MARIA TARA POLO | 22647307 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada,

Escaneado con CamScanner

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**ANGELICA MARIA TARA POLO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.647.307**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Julio del 2022.

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.



Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ANGELICA MARIA TARA POLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 22647307, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017265693.

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de Julio de 2022.

MES_4_1_1_FR15 v_04

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



Escaneado con CamScanner

| HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA. | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ANGELICA MARIA TARA POLO

Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento: C.C. [✓] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]

Número: 22647307

Expedida en: SOLEDAD-ATLA

Fecha de Expedición: 04 | 12 | 1998

Estado Civil (Seleccione): Soltero [✓] Casado [ ] Divorciado [ ] U. libre [ ] Viudo [ ]

Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [ ] Universidad [✓]

No. Personas a cargo: 1

Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [✓] Familia [ ]

Zona Ubicación: Rural [ ] Urbano [ ]

Fecha nacimiento: 04 06 80

Lugar de Nacimiento: BARRANQUILLA

Direccion Domicilio: CALLE 2A # 18-58

Municipio / Ciudad: SANTA MARTA

Departamento: MAGD.

Correo Electrónico: angelicatarapolo@hotmail.com.

No. Celular: 3164931635

Telefono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [✓] Hogar [ ] Jubilado [ ]

Detalle Actividad Económica: AUXILIAR ENFERMERA

Actividad Principal CIIU:

Descripción del CIIU: ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | Número |
|---|---|---|
| | C.C. [ ] P.P [ ] | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | Cargo |
|---|---|---|
| HUJMB | Publica [X] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual? | ENFERMERA. |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CLE 14 # 23-42 B. ALCAZARES | SANTA MARTA. | ALCAZARES | 4365007 |

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales: 2.600.000. | | Total Egresos mensuales: 2.000.000 | |
| Otros Ingresos Mensuales: | | Otros Egresos Mensuales: | |
| Total Activos: | | Total Pasivos: | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes | Año | Es declarante? SI [ ] NO [X] | |

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

EJERCICIO DE MI PROFESION.

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilícitas los cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

Angelica Tara Polo

## 5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Escaneado con CamScanner