Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Porto	Montero	Jocelyn Sofia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1006188818 10 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 23 MES 01 AÑO 2002

PAÍS: Colombia

DEPTO: Atlantico

MUNICIPIO: Soledad

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr 31 #13-23

PAÍS: Colombia DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Acacias

TELÉFONO: 3208661264 EMAIL: JocelynPorto826@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Auxiliar en Enfermeria
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2022

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

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

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
Hospital Municipal de Acacias	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Acacias.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 18 MES 07 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar en Enfermeria	Hospitalización	Diagonal 15 25-21

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Inversiones clinica Del Meta	-	X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Villavicencio.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 21 MES 04 AÑO 2023	DÍA 12 MES 07 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar en Enfermeria	Urgencias	Calle 33 #36-50

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.

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		3 meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		3 meses

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 17/07/2023 Acacias - Meta

Jocelyn Porto.

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

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)

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Jocelyn	Sofia	Porto	Montero

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1001881810

Lugar de Nacimiento

País Colombia Departamento Atlantico Municipio Soledad

Lugar de domicilio

País Colombia Departamento Meta Municipio Acacias

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 Municipal de Acacias

Cargo o función que cumple

Auxiliar en Enfermeria

Lugar de sede

País Colombia Departamento Meta Municipio Acacias

Dirección Diagonal 15 # 26-21 San Jose

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 administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos respecto de la información directamente relacionada con el desempeño de su función

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	4.965.000
TOTAL	4.965.000

Jocelyn Porto 1001881810

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Ahorro Bancolombia	Colombia	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
Moto	Colombia	Atlantico	Soledad	5,700,000

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

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Sergio Porto
1001881810

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACION LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [X] NO [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Frank Chala Serna	Casado	1039696179

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACION EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONOMICOS U ORGANIZACIONES CON ANIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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		PAÍS

Sayuri Porto 1001881810

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Laura Pato 1001881810

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.001.881.810
PORTO MONTERO

APELLIDOS
JOCELYN SOFIA

NOMBRES

Jocelyn Porto

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-2002
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-FEB-2020 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0305200-01132960-F-1001881810-20200219 0070146404A 2 8500314175

Jocelyn Porto 1001881810

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14924878381

(415)7707212489984(8020) 000001492487838 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 8 8 1 8 1 0	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 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 Ciudadania 1 3	1 0 0 1 8 8 1 8 1 0	2 0 2 0 0 2 1 0

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
PORTO	MONTERO	JOCELYN	SOFIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Acacias 0 0 6

41. Dirección principal: CR 31 # 13 - 23 CA Barrio Nutivara

42. Correo electrónico: jocelynporto82@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 6 6 1 2 6 4	3 2 0 6 8 2 9 6 2 3

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
0 0 1 0	2 0 2 3 0 4 2 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 07 - 07 / 15 : 47: 22

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 PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 07-07-2023 03:47:27PM

Jocelyn Porto 1001881810

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1001881810	JOCELYN	SOFIA	PORTO	MONTERO	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) JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO identificado(a) con CC 1001881810 registra la siguiente información:

2023-07-11--7:35:15 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-02-03	390	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso

Powered by CamScanner

Jocelyn Porto
1001881810

La República de Colombia

y en su nombre el

El Centro de Educación Para Adultos Gimnasio del Caribe

Soledad - Atlántico

Licencia de funcionamiento según Resolución No. 3168 del 01 de Diciembre del 2000 y No. 0940 del 22 de Diciembre de 2017 - Virtual Asistida

Confiere a:

PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA

T.I. 1.001.881.810 DE SOLEDAD

El título de

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica formal para Adultos, según los planes y programas vigentes.

Centro de Educación Para Adultos GIMNASIO DEL CARIBE

Leiry Laura Díaz Chamorro
CC. 55.225.210 de B/quilla
Rectora

Centro de Educación Para Adultos GIMNASIO DEL CARIBE

Ricardo Barrios Herrera
CC. 72.149.240 de B/quilla
Secretario

GIMNASIO DEL CARIBE

LIBRO No 03 ACTA No 2
FOLIO No 23 ORDEN No 427

DADO EN SOLEDAD, A LOS 7 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2020

Powered by CamScanner

Jocelyn Porto 1001881810

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

GIMNASIO DEL CARIBE

Licencia de funcionamiento No. 3168 del 1 de Diciembre de 2000
Y No. 0940 del 22 de Diciembre de 2017 - VIRTUAL ASISTIDA
Código DANE 308758076951 - CÓDIGO icfes 099655
gimnasiodelcaribe@yahoo.es Notaria 10 T1 FOLIO 30
Calle 47A No. 5B - 27 Barrio Ciudadela Metropolitana, Soledad.
Cel: 310 7246664 NIT. 900009116-1 Núcleo 22-A
www.gimnasiodelcaribe.edu.co

ACTA DE GRADO

En la ciudad de **Soledad,** a los 7 días del mes de **DICIEMBRE** del año 2020 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en las instalaciones del **CENTRO DE EDUCACION PARA ADULTOS GIMNASIO DEL CARIBE,** Institución aprobada en el nivel de Educación Media **VOCACIONAL,** y autorizada por ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la modalidad ACADEMICA, según resoluciones números **3168** de **DICIEMBRE DE 2000 y 0940 VIRTUAL ASISTIDA del 22 de DICIEMBRE DE 2017.** Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media VOCACIONAL se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número de identificación que se relación a continuación.

ORDEN No 427 **NOMBRE**

PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA

T.I. 1.001.881.810 DE SOLEDAD

Es fiel copia tomada del acta original No 2 (DOS) de fecha 07 DICIEMBRE de 2020, que consta de 584 alumnos graduados, comienza con el nombre de **AVENDAÑO LOPEZ JESUS DAVID Y termina con ZAPATA LEIVA MANUEL RICARDO.**

Firmado y sellado por **LEIRY LAURA DIAZ CHAMORRO. (Rector) RICARDO LUIS BARRIOS HERRERA. (Secretario)**

Dado en soledad a los 07 días del mes de DICIEMBRE del 2020 en constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 70 del decreto 180 de 1981.

FIRMADO Y SELLADO

Centro de Educación Para Adultos GIMNASIO DEL CARIBE Rectoría

Leiry Laura Diaz Chamorro
C.C 55.225.210 de B/quilla
RECTOR

Centro de Educación Para Adultos GIMNASIO DEL CARIBE Secretaría

Ricardo Barrios Herrera
C.C 72.149.240 de B/quilla
SECRETARIO

Powered by CamScanner

Jolynn Porto 1001881810

INSTITUTO CENTRO DE SISTEMAS AVANZADOS LTDA

ICSA

Nit. 802.015.655-9

Licencia de funcionamiento resolución No. 001864 del 31 de Octubre de 2002
Aprobada para el trabajo y el Desarrollo Humano, Resolución de la Secretaría Distrital de Educación de Barranquilla

Confiere el Título como Técnico Laboral por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

De conformidad con lo dispuesto en la resolución No. 3284 del 25 de Junio de 2018, emanada de la Secretaría Distrital de Educación de Barranquilla

A

Jocelyn Sofia Porto Montero

Identificado con C.C 1001881810 de Soledad (Atlántico)

REALIZÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 1650 HORAS

A LOS 14 DIAS DE DICIEMBRE DEL 2022

LIBRO N° 1 FOLIO N° 54 REGISTRO N° 33 ORDEN N° 19

Directora general

Secretario General

Xertify . Codigo EC6320A0A006 Verificar

Jolyn Porto 1001881810

República de Colombia. Departamento del Atlántico.

ICSA

NIT. 802.015.655-9

Licencia de funcionamiento resolución No. 001864 del 09 de Octubre de 2002

Formación para el trabajo y el Desarrollo Humano. Emanada de la Secretaría Distrital de Educación de Barranquilla

ACTA DE CERTIFICACIÓN

La Suscrita Directora del Instituto Centro de Sistemas Avanzados ICSA CERTIFICA, que en el libro de Actas del Instituto Centro de Sistemas Avanzados ICSA, figura el **ACTA DE CERTIFICACIÓN N°33** en la Ciudad de Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, siendo las 9:00 a.m del día (14) de Diciembre del año Dos Mil Veintidos (2022), se efectuó el acto de certificación, procedido por la Directora del Instituto Centro de Sistemas Avanzados ICSA Dra. Laura Corredor y demás Autoridades Académicas.

Confiere el **CERTIFICADO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:**

AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

Jocelyn Sofia Porto Montero Identificado con C.C N° **1001881810** de **soledad (Atlantico)**, cumplió y aprobó el programa de estudios teórico-prácticos. Resolución N° 07266 del 25 de Junio de 2018 de la Secretaria Distrital de Educación de Barranquilla.

Bajo el juramento el graduando promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En Constancia se Firma la presente Acta en Barranquilla a los 14 días de diciembre del 2022.

Firma y Sello.

LAURA CORREDOR TIRADO
Directora general

ORLANDO CORREDOR TIRADO
Secretario General

Xertify Código: ECE32DA0A005 Verificar

Powered by CamScanner

Jolyn Porto 1001881810

Atlántico para la Gente

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO **08 - 0390 DE 2023**

(3 de febrero de 2023)

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

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

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

C O N S I D E R A N D O

Que **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1001881810 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional/Ocupacional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según TITULO que le otorgó el **INSTITUTO CENTRO DE SISTEMAS AVANZADOS LTDA ICSA,** el día 14 de diciembre de 2022, según Acta de Grado N° 33.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1001881810 expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la Profesión/Ocupación de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 3 de febrero de 2023.

PIEDAD ECHEVERRIA LOPEZ
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: HMenco
Revisó: OSierra

Jocelyn Porto 1001881810

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Jocelyn Sofía Porto Montero

CC: 1001881810

En el Curso de: SVB - SOPORTE VITAL BASICO basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: Auxiliar en Enfermería.

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico - Práctico. Con instructor titulado por la sociedad americana del corazon. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit 901237169-2 matricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el articulo 41 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el articulo 2668 del DUBSE. El acuerdo 056 del ministerio de proteccion social para impartir programas de educacion para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 22 del mes de Diciembre del 2022 con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
César Augusto Bopero Pavajeau
Medico General
Coordinador Docente Quirón
Especialista en Urgencias Medicas
Instructor Internacional de AHA/ACC

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedroza

Escaneado con CamScanner

Si desea verificar la autenticidad de este certificado, diligencie el formulario en nuestra página web o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Cardiovascular Avanzado con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-03
Fecha de vencimiento: 2025-05-03

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-05-05
Fecha de vencimiento: 2025-05-05

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Jocelyn Sofía Porto Montero

CC: 1001881810

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Auxiliar en Enfermería.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico - Práctico. ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019..

Realizado el 20 del mes de Enero del 2023 con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Científico Quirón
Tecnico en Urgencias Medicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72, Barranquilla. Tel: 339 04 88 - Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2023-04-23
Fecha de vencimiento: 2025-04-23

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Joyce Porto 1001881810

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-07-12
Fecha de vencimiento: 2025-07-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

ING. SOLANLLY COVALEDA Representante Legal.	DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO Jefe de Enfermería TP 3206 Docente.	ROSA GUZMAN ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano Docente Especialista

Sofia 1001881810

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-29
Fecha de vencimiento: 2025-04-29

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Jocelyn Porto 1001881810

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-07-10
Fecha de vencimiento: 2025-07-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verificado la autenticidad de esta certificación en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA Representante Legal.	DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO Jefe de Enfermería TP 3206 Docente.	ROSA GUZMAN ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano Docente Especialista

Jocelyn Porto 1001881810

64e90ef4-34e4-48e2-80e9-5f8dac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Jocelyn SOFIA Porto montero

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

25 de agosto de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=64e90ef4-34e4-48e2-80e9-5f8dac1f1c2e

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Jocelyn Sofia Porto Montero

CC 1001881810 de Soledad- Atlántico

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-27
Fecha de vencimiento: 2025-04-27

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Jocelyn Porto 1001881810

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

jocelyn sofia porto montero

C.C 1.001.881.810

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 19 de septiembre 2023

Leonardo Molina Henao

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761823483206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

jocelyn sofia porto montero

C.C 1001881810

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 19 de septiembre 2023

Leonardo Molina Henao

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7618234033161

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

jocelyn sofia porto montero

C.C 1.001.881.810

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 19 de septiembre 2023

Leonardo Molina Henao
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7918234030001

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

TUS ABUELOS
BARRANQUILLA SAS
NIT. 900.923.481-5

Sede 70
Tel. 3067486
Calle 70 38 - 43

Sede 93
Tel. 3070700
Calle 73B 39 28

Barranquilla - Atlántico

Oficina Administrativa
Tel. 3012587374 - 3104015366 tusabuelosbaq@gmail.com

HACE CONSTAR

Que, **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.001.881.810 de Barranquilla, realizó sus prácticas en esta empresa como Auxiliar de Enfermería desde el 10 de abril al 10 de julio de 2022.

Se expide la presente constancia a solicitud del Instituto Centro de Sistemas Avanzado (ICSA) a los veinte y nueve (29) días del mes de julio de dos mil veinte dos (2022).

JOHANA MOLINA MOLINO
Representante Legal
Tus Abuelos Barranquilla S.A.S.
900.923.481-5

Powered by CamScanner

Jocelyn Porto 1001881810

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO** con **CC** No. **1001881810**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 8920002644 - HOSPITAL REGIONAL DE ACACIAS	**Fecha de última cobertura:** 18/07/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Fecha de inicio de Contrato:** 18/07/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/09/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIAR DE ENFERMERIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019395392.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

Jaime Rest 1001881810

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001881810
NOMBRES Y APELLIDOS	Porto Montero,Jocelyn Sofia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Voluntario Al Sistema De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	27/05/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Porto Montero,Jocelyn Sofia, a los 19 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Jocelyn Porto 1001881810

Protección

Fondo de Pensiones Ob igatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA** identificado(a) con **CC** número **1.001.881.810** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de febrero de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de septiembre de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

1001881810

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 martes 19 de septiembre de 2023, a las 12:19:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1001881810
Código de Verificación	1001881810230919121957

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Yeimi Peña 1001881810

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231612532

PIB
12:44:13

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIR), el(la) señor(a) JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía núme o 1001881810: ¡

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.

Jocelyn Porto 1001881810

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:22:43 PM horas del 19/09/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1001881810**
Apellidos y Nombres: **PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA**

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.

1001881810

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.areic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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, 19/09/2023 01:18:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1001881810**.

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. **73366299** . 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

515 9000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000 910112

El futuro es de todos

ES UN HONOR SER POLICÍA

Spencer Pato 1001881810

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	10-7-2023	BIO 7128VEC0407	Lucia Delgado
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	10-7-2023	2332	Lucia Delgado
	4		AÑO	
	5		AÑO	
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1		-	
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	10/07/2023	2205CC0947	
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

[redacted] en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profiláxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jocelyn Sofia

Apellidos: Brito Montero

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1001881810

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 01 Año 2002

Jocelyn Brito 1001881810

SERVICIOS GENERALES DE SALUD OCUPACIONAL
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
MACONDO S.A.S
ACACIAS

Nit.900839534 - 8
Carrera 17 # 12 - 02 Esquina. Barrio Centro
Acacias - Meta
Cel. 321 290 4601
E-mail: so.macondo.sas@gmail.com

Código:	SGM-SST-CMO-001
Versión:	001
Fecha:	ENERO-01-2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	07 MES	202 : AÑO	ACACÍAS (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPAC ONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA	Genero	Edad	Hemoclasificación	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS	O +	CC	1001881810
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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(s) 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Manuel Diazgranados F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RES No. 2740/2015. RM 5012184-11

Firma:

Nombre: DIAZGRANADOS FLORIAN MANUEL DE JESUS

R. M.: 5012184-11 RES: 27 L.S.O.:

Aspirante o Trabajador

Firma: Jocelyn Porto

Nombre: PORTO MONTERO JOCELYN SOFIA

CC: 1001881810

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Jocelyn Porto 1001881810

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2023 — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMERICA LATINA 2023

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6202695125

PÓLIZA No: 620 -89 - 994000000667 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO — COD. AGE: 620 — RAMO: 89 — PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN (DIA / MES / AÑO)	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	VIGENCIA HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN (DIA / MES / AÑO)
12 / 07 / 2023		10 / 07 / 2023 / 23:59	10 / 07 / 2024 / 23:59	366	14 / 07 / 2023

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION.

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DESDE (DIA / MES / AÑO / HORAS)	HASTA (DIA / MES / AÑO / HORAS)	DIAS
	10 / 07 / 2023 / 23:59	10 / 07 / 2024 / 23:59	366

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO — IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810
DIRECCIÓN: CL 23 14 85 CA PI 1 SAN ANTONI — CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO — TELÉFONO: 6703059

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO — IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810
DIRECCIÓN: CL 23 14 85 CA PI 1 SAN ANTONI — CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO — TELÉFONO: 6703059
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 — DEPARTAMENTO: META — CIUDAD: ACACIAS

DIRECCION: CARRERA 31 No. 13-23

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

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

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: JOCELIN SOFIA PORTO MONTERO CC. 1.001.881.810
ASEGURADO: JOCELIN SOFIA PORTO MONTERO CC. 1.001.881.810
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O QUIEN TENGA DERECHO A LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CARRERA 31 No. 13-23 ACACIAS - META
PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR DE ENFERMERIA

VIGENCIA: 366 DÍAS, A CONVENIR CON INICIO DE COBERTURA A LAS 23:59 HORAS.

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ **********27,575	$*****7,500.00	$ ********6,664	$ **********41,740

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
AGENCIA DE SEGUROS DIEGO ABELLA ASOC	10379	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000620269512

FIRMA TOMADOR

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

DIBERMUDEZ 0

C8DA207A0906F97F5D

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Jocelyn Porto 1001881810

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000000667 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO** IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810

ASEGURADO: **JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO** IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810

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

TEXTO ITEM 1

OTORGAR COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL AL PROFESIONAL MÉDICO ASEGURADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES MANIFESTADAS Y CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS, Y AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES.

CONDICIONES GENERALES:
SEGÚN ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I Y 17/03/2021-1502-NT-P-06-PI70321MGG8G8000

HTTPS://WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/RESOURCES/SITE1/GENERAL/CLAUSULADOS/GENERALES/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.PDF

AMPARO BÁSICO:

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
" USO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
" SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
" SUSTITUCIÓN PROVISIONAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
" GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS, SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA E INSERCIÓN EN LA CARATULA Y/O CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.
" COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SUBLÍMITE DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.
" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. ENTENDIDO COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.
" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN
" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.
" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.
" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.
" DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

DEDUCIBLES:
" GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
" DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:
" ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL DURANTE ENSAYOS CLÍNICOS CUYOS PROTOCOLOS HAYAN SIDO DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR ORGANIZACIONES RESPECTIVAS E INFORMADOS POR ESCRITO AL ASEGURADOR PREVIO A SU INICIO. EXCEPTO TAMBIÉN CUANDO LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN, CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL PACIENTE, Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.
" DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.
" RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.
" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA.
" RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
" RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.
" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

CLIENTE

Jocelyn Porto

1001881810

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000000667 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810

ASEGURADO: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
" CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.
" CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL O GASTROPLASTIA TRANSVERSAL ÚNICAMENTE CON FINES ESTÉTICOS O COSMÉTICOS.
" EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, SEGÚN TEXTO.
" CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, SEGÚN TEXTO.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
ESTA PÓLIZA NO APLICA A: ENFERMEDAD TRANSMISIBLE "LESIÓN PERSONAL" O "DAÑO MATERIAL" SURGIDO DE UNA TRANSMISIÓN REAL O PRESUNTA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE AL NUEVO CORONAVIRUS EN CUALQUIER FORMA DE CUALQUIER ORIGEN.

ESTA EXCLUSIÓN APLICA AUN SI LOS RECLAMOS CONTRA CUALQUIER ASEGURADO ALEGAN NEGLIGENCIA U OTRA CONDUCTA INDEBIDA EN:
A. LA SUPERVISIÓN, CONTRATACIÓN, EMPLEO, ENTRENAMIENTO O MONITOREO DE OTROS QUE PUEDAN ESTAR INFECTADOS Y PROPAGAR UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
B. LAS PRUEBAS PARA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
C. FALLA EN PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD; O
D. FALLA EN EL REPORTE DE LA ENFERMEDAD A LAS AUTORIDADES;
E. LA APLICACIÓN DE CUALQUIER LEY U ORDEN LA CUAL EL ASEGURADO ESTABA LEGALMENTE OBLIGADO A CUMPLIR ANTES O EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PROPAGACIÓN REAL DE LA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.

ESTA PÓLIZA EXCLUYE TAMBIÉN CUALQUIER RESPONSABILIDAD, GASTO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS, DEMANDAS, RECLAMOS O PÉRDIDAS,

(I) SURGIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIER TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(II) DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE ALGUNA MANERA RELACIONADA A CUALQUIER BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(III) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR LA IMPOSICIÓN DE CUARENTENA O RESTRICCIÓN EN EL MOVIMIENTO DE GENTE O ANIMALES, POR CUALQUIER ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO.

(IV) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UN AVISO O ADVERTENCIA DE VIAJE EMITIDA POR UN ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL DE CUALQUIER TIPO EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O UNA VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO Y RESPECTO A (II) Y (IV) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DEL MISMO (YA SEA REAL O PERCIBIDA).

PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE PROPAGA DE UNA PERSONA A OTRA YA SEA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA BACTERIA O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, TAL COMO COMIDA CONTAMINADA POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. NO OBSTANTE, CUALQUIER DISPOSICIÓN CONTRARIA EN ESTA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO A LA MISMA, SE EXCLUYE CUALQUIER:
1.1 PÉRDIDA CIBERNÉTICA.
1.2 PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE, GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO POR, RESULTANTE DE, QUE SURJA O ESTÉ RELACIONADO CON CUALQUIER PÉRDIDA DE USO, REDUCCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, REPARACIÓN, REEMPLAZO, RESTAURACIÓN O REPRODUCCIÓN DE CUALESQUIERA DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER CANTIDAD RELACIONADA CON EL VALOR DE DICHOS DATOS, INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA.

2. EN EL CASO QUE CUALQUIER PARTE DE ESTA CLÁUSULA FUERA CONSIDERADA INVÁLIDA O INAPLICABLE, EL RESTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR Y EFECTO.
3. ESTA CLÁUSULA REEMPLAZA Y, SI ENTRA EN CONFLICTO CON CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN DE LA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO QUE TENGA RELACIÓN CON LA PÉRDIDA CIBERNÉTICA O LOS DATOS, REEMPLAZA ESA DISPOSICIÓN.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SEA CAUSADO O APORTADO POR, RESULTE O SURJA DE, O ESTÉ EN CONEXIÓN CON UN ACTO CIBERNÉTICO O UN INCIDENTE CIBERNÉTICO INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A CUALQUIER ACCIÓN TOMADA CON EL FIN DE CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTO CIBERNÉTICO O INCIDENTE CIBERNÉTICO.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
ACTO O SERIE DE ACTOS NO AUTORIZADOS, MALINTENCIONADOS O DELICTIVOS, SIN CONSIDERACIÓN DEL TIEMPO Y ESPACIO, O LA AMENAZA O ENGAÑO RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
TODO ERROR U OMISIÓN O SERIE DE ERRORES U OMISIONES RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO; O
CUALQUIER INDISPONIBILIDAD O FALLO PARCIAL O TOTAL O SERIE DE INDISPONIBILIDADES O FALLOS PARCIALES O TOTALES PARA ACCEDER, PROCESAR, USAR U OPERAR CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:

CLIENTE

Jocelyn Porto

1001881810

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: VILLAVICENCIO COD. AGENCIA: 620 RAMO: 89 No PÓLIZA: 994000000667 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO IDENTIFICACION: CC 1001.881.810

ASEGURADO: JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO IDENTIFICACIÓN: CC 1001.881.810

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

CUALQUIER ORDENADOR, HARDWARE, SOFTWARE, SISTEMA DE COMUNICACIÓN, EQUIPO ELECTRÓNICO (INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A TELÉFONOS INTELIGENTES, LAPTOPS, TABLETS, DISPOSITIVOS PORTÁTILES), SERVIDOR, NUBE O MICROCONTROLADOR INCLUYENDO CUALQUIER SISTEMA SIMILAR O CONFIGURACIÓN DE LO ANTES MENCIONADO E INCLUYENDO ASIMISMO TODA ENTRADA Y SALIDA, DISPOSITIVO DE ALMACENAMIENTO DE DATOS, EQUIPO DE REDES O INSTALACIONES DE COPIAS DE RESPALDO, DE PROPIEDAD U OPERADAS POR EL ASEGURADO O CUALQUIER OTRA PARTE.
E. DATOS:
INFORMACIÓN, HECHOS, CONCEPTOS, CÓDIGO O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA REGISTRADA Y TRANSMITIDA EN CUALQUIER FORMA PARA SER USADA, ACCEDIDA, PROCESADA, TRANSMITIDA O ALMACENADA POR UN SISTEMA INFORMÁTICO.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

" SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:
" SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.
" SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS ESTIPULADAS EN EL NUMERAL 4, LITERAL 4.2 GARANTIAS DEL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

CLIENTE

Jocelyn Porto 1001881810

Certificado
Bancario

Martes, 18 de Septiembre de 2023

Señor(a)
Jocelyn Sofia porto Montero

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOCELYN SOFIA PORTO MONTERO identificado(a) con CC 1001881810, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	91222050915	2021/05/30	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

1001881810

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT. 892.000.264 – 4
PROCESO GESTIÓN PLANEACION- GESTION DEL RIESGO SARLAFT

Fecha: 3/09/2020	Código: PE-SP1-FR6	Versión: 1

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Porto	Montero	Jocelyn	SOFIA

fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Departamento
23 / 01 / 2002	Soledad	Atlantico

Sexo: F [X] M [ ] | Tipo de Identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] | Número de Identificación: 1001881810

fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Departamento
10 / 02 / 2020	Soledad	Atlantico

Nivel Educativo
Primaria [ ] Tecnológico [ ]
Secundaria [ ] Universitario [ ]
Técnico [X] Especialización [ ]

Ocupación
Empleado [ ]
Independiente [X]
Pensionado [ ]

Profesión/oficio	Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad	Nit
Auxiliar en Enfermeria	Hospital Municipal de Acacias	892.000, 264-4

Tipo de Empresa	Cargo/Actividad	Antigüedad (años)	Pasatiempo
Publica	Auxiliar en Enfermeria		

Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI [ ] NO [X]
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público? SI [ ] NO [X]
Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta? SI [ ] NO [X]
Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general? SI [ ] NO [X]

Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:

Tipo de Vivienda
Propia [ ] Familiar [ ]
Arrendada [X] Estrato ____

Nombre del Arrendador	Teléfono	Si la vivienda es arrendada Antigüedad (Años)
Edid chala Peralta	3102023222	5 meses

Estado Civil
Soltero [ ]
Casado [X] Divorciado [ ]
Unión Libre [ ] Viudo [ ]

Tiene Hijos? SI [X] NO [ ]
Número de Hijos: 1

Número de personas a cargo: 1

Datos básicos del cónyuge:
Nombre: Frank chala Serna
Identificación: 1039696179
Teléfono: 3206829623

2. Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
Cr 31 # 13 -23	Nutivara	Acacias	Meta

E-mail Personal	Teléfono	Celular
	3208661264	320 6829623

Dirección Oficina	Barrio	Ciudad	Departamento
JocelynPorto82@gmail			

E-mail Oficina	Teléfono	Celular

Envío de Correspondencia: Residencia [ ] Oficina [X] Otra Cuál?

3. Datos Tributarios

Responsable de IVA
Común [ ]
Simplificado [ ]
No Aplica [X]

Tipo de Retención
Sujero a retención [X]
Retención especial [ ]

4. Referencias

Referencia Financiera
Nombre de la Entidad: Bancolombia
Ciudad: Barranquilla | Departamento: Atlantico
Clase de producto o número de la cuenta: Ahorro a la mano

Personal/Familiar
Nombre: Adriana cera Bolaño
Parentesco: Amiga
Ciudad: Soledad | Departamento: Atlantico
Dirección: calle 23 # 14-85
Teléfono: 3245993417

5. Operaciones Internacionales

Realiza operaciones en moneda extranjera SI [ ] NO [X]

Tipo de Operaciones que normalmente realiza:
Importaciones [ ] Pago servicios [ ] Inversiones [ ]
Exportaciones [ ] Prestamos [ ] Ingresos por donaciones [ ]
Transferencias [ ] Cambio divisas [ ] Otros [ ]

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI [ ] NO [X]
Tipo de producto
Identificación del Producto
Entidad
Ciudad
País
Moneda | Monto

6. Información Financiera

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Por actividad principal: 1679.000	Cuotas Préstamos: 0
*Otros Ingresos: 300.000	Gastos de Sostenimiento: 1.000.000
	Otros Gastos: 8.00.000
Total Ingresos Mensuales: 1.979,000	Total Egresos Mensuales: 1.860.000

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio
8.000.000	0	8.000.000

*Explique Otros Ingresos

DE ACACIAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4	
	PROCESO GESTIÓN PLANEACION- GESTION DEL RIESGO SARLAFT	
	Fecha: 3/09/2020	Código: PE-SP1-FR6 / Versión: 1

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresanto que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

Por prestar Servicio Como Auxiliar en enfermeria

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efecturaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE** para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constacia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.

2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgoo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.

3. Suministrar esta información a cualqueirda de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.

4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el amacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.

5. Que recolecten y entreguen la información tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencioandas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean apliables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similaes por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACIONES

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es verza y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes rqueridos.

Firma: Jocelyn Porto.

Nombre: Jocelyn Sofia Porto Montero

Documento: 1001881810



Huella Indice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificacón de la Información

fecha

Nombre del Funcionario

Cargo:

Firma

Resultado de la verificación:

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 20/09/2023

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

Bajo la gravedad de Juramento YO, Jocelyn Sofia Porto Montero mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1001881810, expedida en Soledad - Atlantico

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, articulo 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,

Jocelyn Porto

Cc. 1001881810

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E **NIT. 892.000.264 – 4**		
	FORMATO COMUNICACIONES		
	Fecha: 30/07/2020	**Código: HMA-FR-14**	**Versión: 02**

ACTA DE EXPLICACION DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y SOCIALIZACION PLATAFORMA ESTRATEGICA AL PERSONAL VINCULANTE (CPS, FUNCIONARIOS) COMO PROCESO DE INDUCCION Y REINDUCCION CODIGO DE INTEGRALIDAD, PLANES DE TALENTO HUMANO, PROGRAMA DE HUMANIZACION – Fecha Ingreso 14/06/2023 (inducción) YOCEYN PORTO MONTERO (Auxiliar Área Salud.) día 18/07/2023.

FECHA: 13/07/2023

CEDULA: 1001881810

NOMBRE VINCULADO: Jocelyn Porto Montero

Declaro haber recibido la inducción y re inducción establecida para el ingreso como contrato de prestación de servicios como: Auxilar en Enfermeria, donde fueron explicadas de manera clara y precisa los siguientes temas:

INDUCCION GENERAL

- [x] Misión, Visión y Objetivos
- [x] Principios y valores Corporativos
- [x] Cultura organizacional en la entidad
- [x] Buenas prácticas de gestión ambiental
- [x] Reglamento Interno de Higiene y seguridad
- [x] Manual del talento humano
- [x] Planes Talento Humano (estratégico,bienestar,recursos, vacantes, capacitación PIC)
- [x] Ley de acosos laboral 1010/2006
- [x] Bienestar laboral
- [x] Reseña Histórica Institucional
- [x] Código de Integralidad (ética y buen gobierno)
- [x] Política de calidad
- [x] Manual sarlaf
- [x] Plan eficiencia administrativa y cero papel
- [x] Gestión documental
- [ ] Programa de Humanización
- [x] Órganos de administración y dirección
- [x] Comités Institucionales existentes
- [x] Normas y Faltas Disciplinarias LEY 1952 28/01/2019.

INDUCCION DEL AREA DONDE DESARROLLA LA ACTIVIDAD

- [x] Responsabilidades del Contrato
- [x] Área de labor
- [x] Actividades del contrato
- [x] Presentación a Compañeros

Nombre / Firma del colaborador

Nombre / Responsable de la Inducción.