En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO, CIBELI LILIANA POLO OSPINO**, Identificado con Cédula No. **26.926.578** y Profesión **AUXILIAR DE ENFERMERIA** 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 acontinuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadania	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sij.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	X	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	X	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		X
9	RUT - Registro Unico Tributario (Año 2023)	X	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X	
12	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).		X
13	Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)	X	
15	Tarjeta Profesional		X
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		X
18	Curso Guia de Atención Integral en Salud para Victimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	X	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermeria, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	X	
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
24	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*.		X
25	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*)	X	
26	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*.		X
27	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*).	X	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		X
29	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)	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	X	
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	X	
36	Formato SARLAFT - Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **26926578**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26926578	POLO	OSPINO	CIBELI	LILIANA	2022-06-13, 3:48 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	26926578	POLO	OSPINO	CIBELI	LILIANA	2023-05-11, 6:01 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

El (la) suscrito(a) **CIBELI LILIANA POLO OSPINO,** identificado con C.C./C.E./P.P No. **26.926.578,** expedida en **TENERIFE - MAGDALENA**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** - Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** - Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** - Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día **03** del mes de diciembre de 2023.

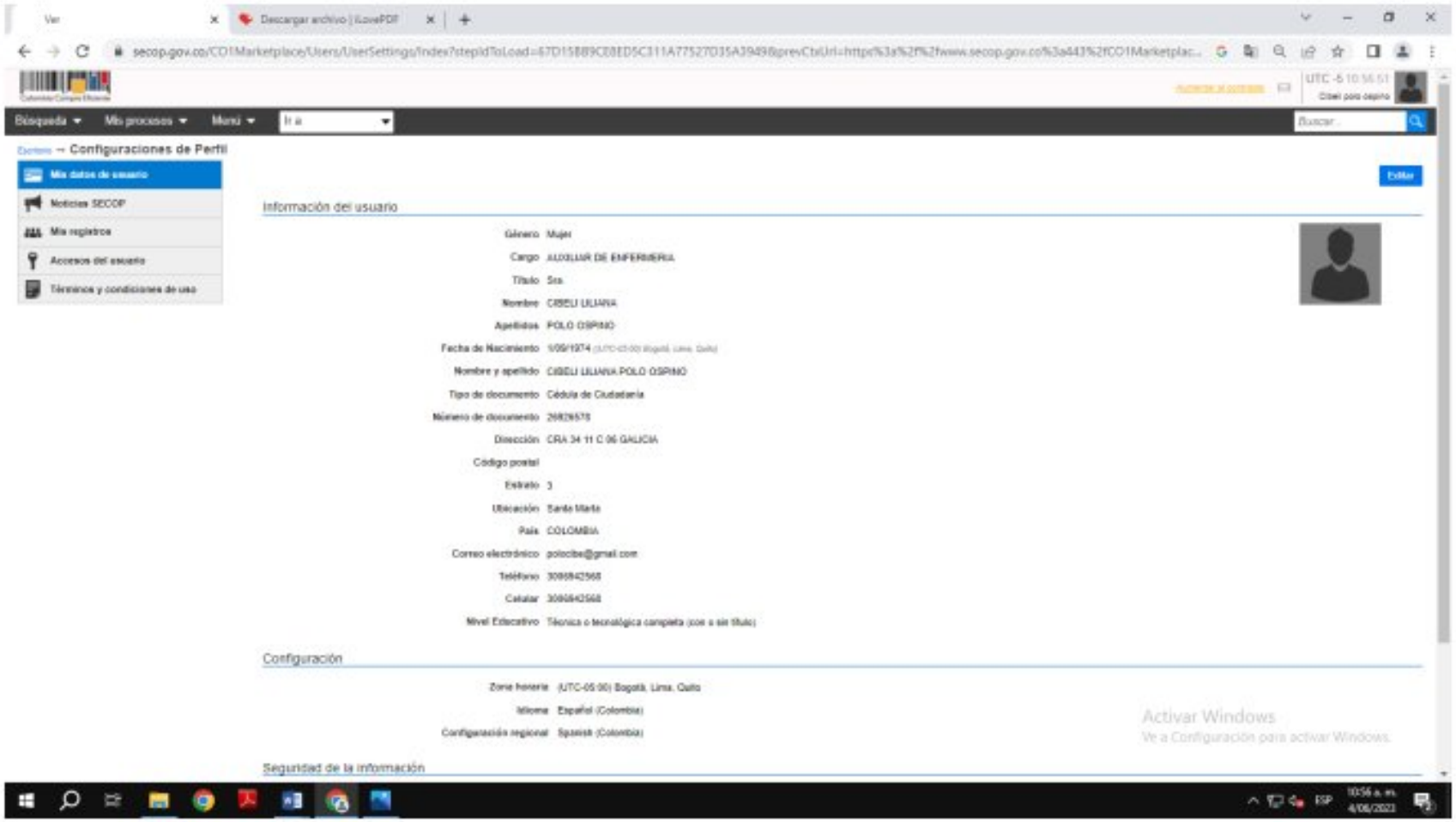
Firma _____

Nombre **CIBELI LILIANA POLO OSPINO**

Cédula **26.926.578**

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Santa Marta – Magdalena, Diciembre 2023.

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Ciudad

REF.: PROPUESTA LABORAL

Yo: **CIBELI LILIANA POLO OSPINO**; Identificada con C.C. N°: **26.926.578,** domiciliada en la ciudad de Santa Marta – Magdalena en la carrera **34 11c -06 Galicia**, portadora del celular N°: **3006942568,** y con el email: polocibe@gmail.com, Por medio de la presente me permito presentar propuesta laboral, con el fin de que sea tenida en cuenta ofreciendo los servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la **E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**.

Agradezco de antemano la atención prestada, espero que la presente propuesta sea de su total satisfacción.

Cordialmente,

CIBELI LILIANA POLO OSPINO
C.C. N° 26.926.578

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14833204167

(415)7707212489984(8020) 000014833204167

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 9 2 6 5 7 8	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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	26926578	1995/04/03

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Tenerife 7 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POLO	OSPINO	CIBELI	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 34 11 C 06 BRR GALICIA

42. Correo electrónico: polocibe@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 6 9 4 2 5 6 8	

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
8 6 9 2	2 0 1 6 / 0 2 / 2 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

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: 1 | 61. Fecha: 2022 - 06 - 14 / 11 : 33: 53

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: COHEN PONCE JORGE RICARDO

985. Cargo: Analista

Fecha generación documento PDF: 09-03-2023 09:37:49AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Polo	Ospino	Cibeli Liliana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 26926578	F X M ○	COL. X EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 09 AÑO 1974	CARRERA 34 • 11C 06 GALICIA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	TENERIFE	TELÉFONO		EMAIL	polocibe@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	08	2001	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	01	Mes	07	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						DIRECCIÓN CALLE 14 - 23 42				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SEREMPLEO (CLINICA MILAGROSA			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	08	Mes	08	Año	2010	Día	01	Mes	03	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						DIRECCIÓN CALLE 22 - 13A 05				

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	11

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO[X] ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONLA 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 – Magdalena, Diciembre 2023.*

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Powered by CamScanner

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1415

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 p.m. del día 25 de Agosto de 2001 se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A:

CIBELI LILIANA POLO OSPINO

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 2400

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico.

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Acta de Grado

Colegio Nacionalizado de Bachillerato Simón Bolívar

Tenerife · Magdalena

En la ciudad de Tenerife a los 2 días del mes de Diciembre del año de 1.994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, Rector y Secretario en la Rectoría del Col. Nacionalizado Bto. "SIMON BOLIVAR" de - Tenerife modalidad Académica institución aprobada hasta Nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad ACADEMICA según Resolución(es) Número (os) 17085 del 13 Noviembre 1.984.

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 procederá a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombres apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	Nombres y Apellidos
36	CIBELI LILIANA POLO OSPINO

Documento de Identidad T.I. Nº 26.925.578 de Tenerife

Es fiel copia tomada del Acta original No. 15 de Fecha 2 Diciembre/94 que consta de 45 alumnos graduados, comienza con el nombre de EDWIN DAVID AHAYA POLO. y se cierra con el nombre de, MAIRO ENRIQUE VILLANUEVA CONTRERAS

firmado y sellado por Lic. CARMEN QUINTANA MENDOZA. (Rector) y NIDIA M. ARIAS OSPINO. (Secretaria)

Dado en Tenerife a los 7 días del mes de Febrero de 1.995

En constancia se firma la presente, acta.

Firmado y Sellado

Carmen Quintana Mendoza
El Rector o Director(a)
C.C. Nº. 21.088.562 San Juan Nepo.

Nidia M Arias O
El Secretario(a)
C.C. Nº. 26.925.199 Tenerife

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO INSTITUCIONAL

RESOLUCION No 47- 0545

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institucion de Educación No Formal, en el area de la salud"

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferida s por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud , y

CONSIDERANDO

1. - Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su area de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripcion de los certificados expedidos por las instituciones de educacion no formal, para su debida ejercicio.

2 - Que CIBELI LILIANA POLO OSPINO, con cedula de ciudadania No 26.926.578 de Tenerife - Magdalena, ha solicitado a la Secretaria de Desarrollo de la Salud el Registro e inscripcion de su certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgo la CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS, Segun acta de certificacion Nº 1415 del 25 de Agosto de 2.001

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado a CIBELI LILIANA POLO OSPINO, con cedula de ciudadania No 26.926.578 de Tenerife - Magdalena, por la CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA CETECOS.
PARRAFO: Este documento tiene validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a **Cibeli Liliana Polo Ospino**, el contenido de la presente Resolución conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001 04OCT2001

[illegible]
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

Powered by CamScanner

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 *: 26926578

Primer Nombre: CIBELI

Primer Apellido: POLO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2307

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-02→11:24:53 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	26926578	CIBELI	LILIANA	POLO	OSPINO	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) CIBELI LILIANA POLO OSPINO identificado(a) con CC 26926578 registra La siguiente información:

2023-12-02→11:24:53 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2001-10-04	545	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

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

Cibeli Liliana Polo Ospino

CC 26926578 de Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-05
Fecha de vencimiento: 2024-12-05

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901366232-1

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

Certifica

Cibeli Liliana Polo Ospino

CC 26926578 de Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

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

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Gescons GESTION DE EDUCACION CONTINUADA EN SALUD
NIt: 900792444 -0
Matricula Mercantil 611199

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

CIBELI LILIANA POLO OSPINO

C.C. No. 26826578

Realizo y Aprobó el DIPLOMADO de:

MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO

ADULTO – PEDIATRICO – NEONATAL
Para Auxiliar De Enfermeria

Cumplió Satisfactoriamente el Programa Corporativo de Educación continuada, **Teórico - Práctico** que Representa una Intensidad de Ciento Veinte Horas (120), Realizado en la Ciudad de Santa Marta-Magdalena, desde Septiembre 16 de 2017 – Hasta Diciembre 07 de 2017.

EN CONVENIO CON LA FUNDACION PARA LA CAPACITACION PROFESIONAL "FUNCAP"

Reg. Nro. GES- 0746

07 DIC 2017

Representante legal

Firmado en Barranquilla el 07 de Diciembre de 2017

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

Cibeli Liliana Polo Ospino

CC 26926578 de Magdalena

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.

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

Fecha de emisión: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

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

Powered by 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

Cibeli Liliana Polo Ospino

CC 26926578 de Magdalena

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.

Fecha de emisión: 2022-02-21
Fecha de vencimiento: 2024-02-21

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 Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 16/06/2022

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: CIBELI LILIANA POLO OSPINO
Identificación: CC: 26926578
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha nacimiento: 01/09/1974
Edad: 47
Genero: Femenino
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Técnica
Teléfono:
Dirección: Magdalena, Santa marta,
N° hijos: 0
ARL:
EPS: Salud Total EPS
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

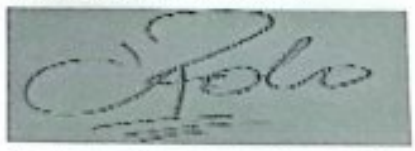
HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



Aspirante o trabajador
CIBELI LILIANA POLO OSPINO
Identificación: CC: 26926578



Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Clínica La Milagrosa S.A.
Puertas Abiertas Para La Salud
Nit. 800.237.565-4

SA-CER725375 ST-CER725378 SC-CER167284

Santa Marta, 21 de Junio del 2022

LA JEFE DE GESTION HUMANA

HACE CONSTAR:

Que la señora, **CIBELI ULIANA POLO OSPINO,** identifirada con cédula de ciudadanía No. 26.926.578 labora en esta institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con un contrato a término fijo inferior a un año, en los periodos y cargos comprendidos así:

Del 08-08-2010 al 07-08-2012	Auxiliar de Enfermería
Del 03-09-2012 al 02-09-2013	Auxiliar de Enfermería
Del 23-09-2013 al 22-09-2014	Auxiliar de Enfermería
Del 16-10-2014 al 15-10-2015	Auxiliar de Enfermería
Del 07-11-2015 al 25-12-2016	Auxiliar de Enfermería
Del14-01-2017 al 20-01-2018	Auxiliar de Enfermería
Del 08-02-2018 al 19-09-2019	Auxiliar de Enfermería
Del 08-10-2019 al 07-12-2020	Auxiliar de Enfermería
Del 03-01-2021 al 02-01-2022	Auxiliar de Enfermería

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

Lizeth Hernández V.
LIZETH HERNANDEZ VARGAS
Jefe de Gestión Humana
gestionhumana@clinicalamilagrosa.co

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 26926578 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 03/12/2023 12:43 AM

Código Verificación: **7HU4BSYRJN**

Válida hasta: **02/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

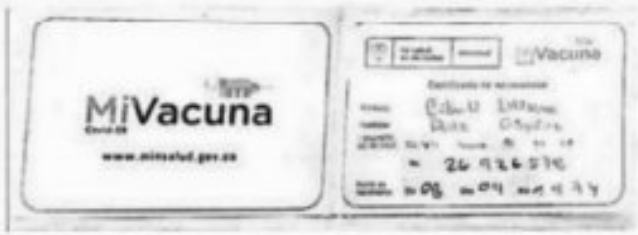
Powered by CamScanner

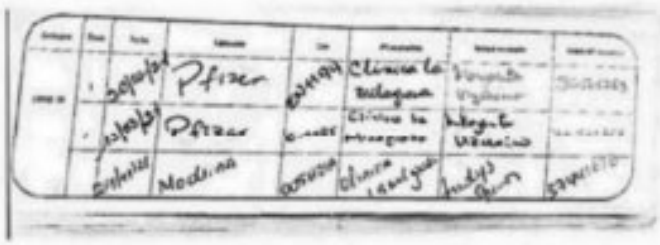




Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	30/04/21	Pfizer	
	2	30/05/21	Pfizer	
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	30/04/21	N10501	
Otras				





Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner



03 feb 2022 10:56:07 a.m.
PRINCIPAL
POLO OSPINO CIRELI LILIANA
PARTICULAR
CONSULTA EXTERNA
121834

PRUEBAS ESPECIALES

1 HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE

Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie 4X0.0 mUI/ml

VALOR DE REFERENCIA:

No reactiva < 10 mUI/ml
Reactiva: > de 10 mUI/ml

Dra. Deisy Martinez Arce
Bacteriologa
Registro 1348

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-05-11 18:36

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CIBELI	LILIANA	POLO	OSPINO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	26926578

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	TENERIFE

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	TENERIFE

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:

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.329.250,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$13.329.250,00

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:

Powered by 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 [ ]

Powered by 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

Powered by 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:

Powered by CamScanner

SaludTotal

STAMARTA, Diciembre 02 de 2023

Señora:
POLO OSPINO CIBELI LILIANA
CC. 26926578
CR 34 11 C 06 GALICIA BRR - 8888888
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 Febrero 21 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
POLO OSPINO CIBELI LILIANA	26926578	C	Feb-21-2023	38	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OSPINO CUELLO FREDEZINE JUDITH	22694483	C	Mar-2-2023	34	26	PADRES	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
CIBELI LILIANA POLO OSPINO	26926578	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,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **POLO OSPINO CIBELY LILIANA** identificado(a) con **CC** número **26.926.578** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de febrero de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de diciembre 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

202306081313

Powered by CamScanner

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINCAF VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: CIBELI LILIANA POLO OSPINO												Sexo: M		F	X
Tipo de Documento							Número		Expedida en			Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	26326578			TENERIFE - MAGDALENA			03-ABRIL-1995
Estado Civil (Seleccione)							Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre		Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
			X						X		1			X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento
01	SEPT	1994	TENERIFE - MAG				CRA 34 # 11C – 06 GALICIA					SANTA MARTA			MAGDALENA
Correo electrónico												Nro. Celular			Teléfono
[redacted]												3006942568			
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado							
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIIU			
AUXILIAR DE ENFERMERIA															

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	
HOJIVA	Pública		X	Privada		Mixta	CIVIL CIAP	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono
CRA 14 # 23 - 42				SANTA MARTA		ALCAZARES		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales: 1.800.000			Total Egresos mensuales: 1.800.000				
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? NO							
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO							
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: ACTIVIDAD LABORAL							

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: ACTIVIDAD PROFESIONAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA y no acepto con o propias, las dejadas 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, compartir, 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 e 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 a comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando mi 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 Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos requeridos y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

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):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner