	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ADMINISTRATIVO	CODIGO: GJC16F VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Anyelith Maoly Arango Polo, Identificado con Cédula No. 39'143 398 y Profesión Auditora **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Anyelith M. Arango Polo

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sijl.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	✓	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Tarjeta Profesional	✓	
15	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**)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
18	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** – 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**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.143.398

ARANGO POLO
APELLIDOS

ANYELITH MAOLY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

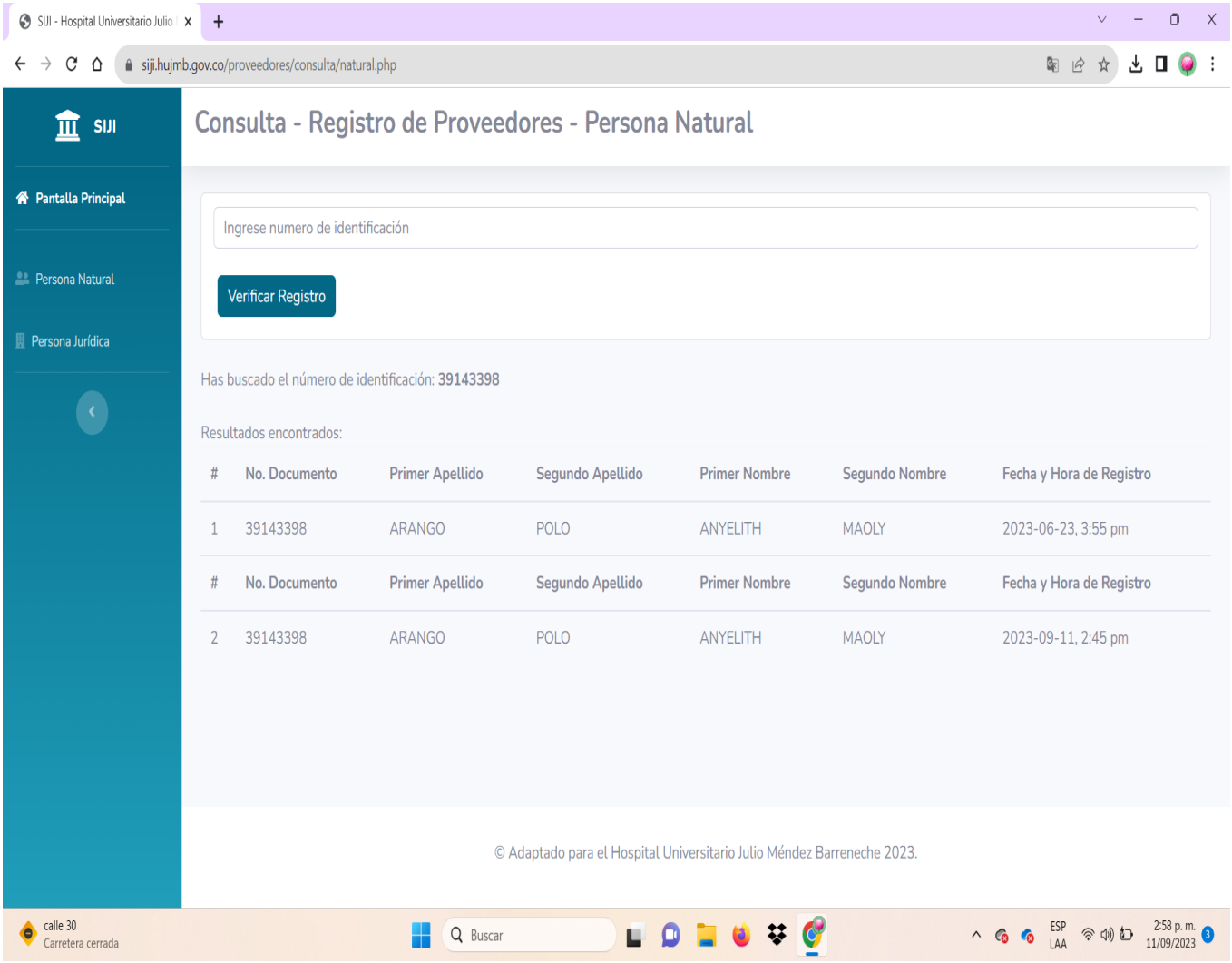
FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1981
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

24-ENE-2002 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2101600-51142591-F-0039143398-20051219 06792 05353N 02 189470772


SIJI - Hospital Universitario Julio
siji.hujmb.gov.co/proveedores/consulta/natural.php
SIJI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificación
Verificar Registro
Has buscado el número de identificación: 39143398
Resultados encontrados:
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 39143398 ARANGO POLO ANYELITH MAOLY 2023-06-23, 3:55 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
2 39143398 ARANGO POLO ANYELITH MAOLY 2023-09-11, 2:45 pm
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.
calle 30
Carretera cerrada
Buscar
ESP
LAA
2:58 p. m.
11/09/2023

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASES DE DATOS**	CODIGO: VERSION: FECHA DE ULTIMA REVISION: PAGINA 1 de 1

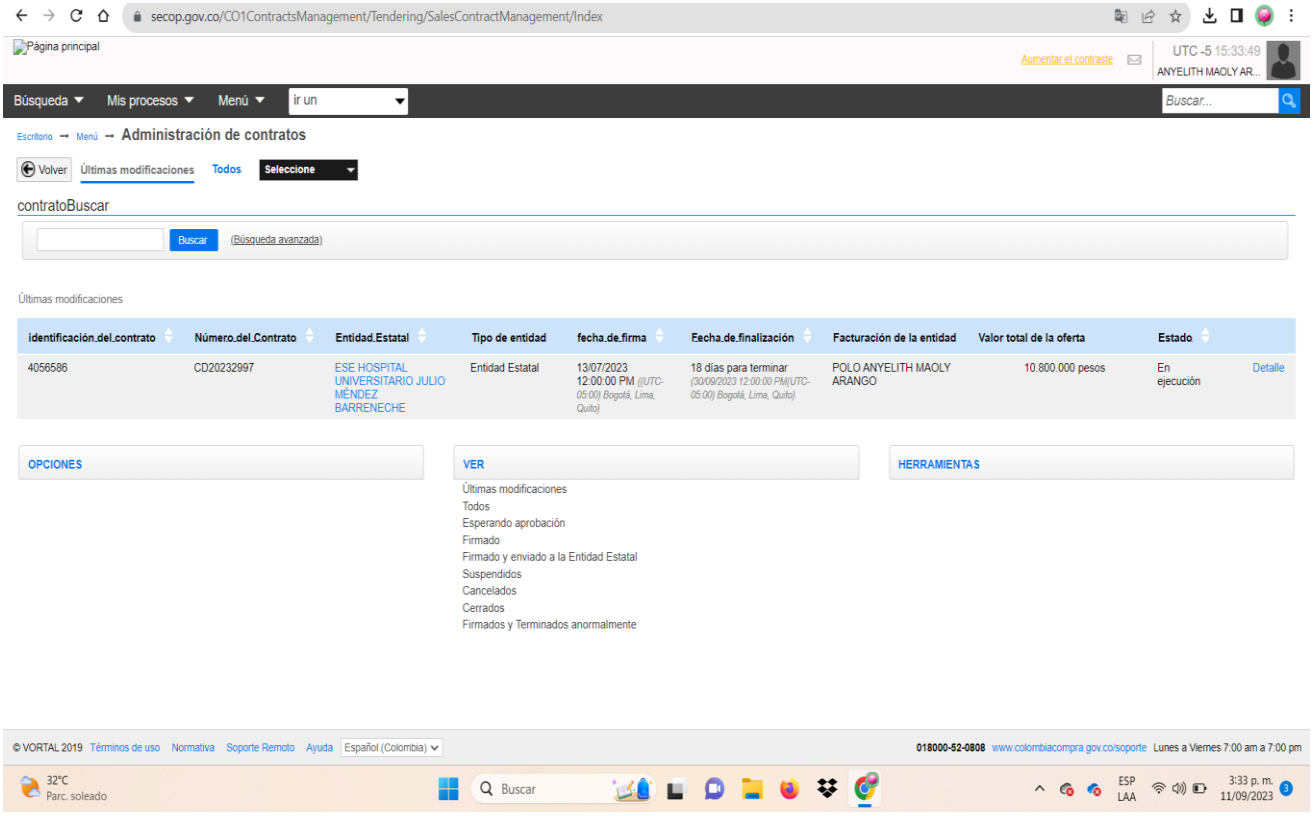
El(la) suscrito(a) ANYELITH MAOLY ARANGO POLO identificado con C.C./C.E./P.P No. 39.143.398 expedida en CIÉNAGA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL 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 01 del mes de noviembre de 2023.

Firma
Nombre ANYELITH MAOLY ARANGO POLO
Cédula 39.143.398 exp en Ciénaga, Magdalena

COPIA CONTROLADA


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 15:33:49
ANYELITH MAOLY AR...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
ir un
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
contratoBuscar
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
identificación.del.contrato
Número.del.Contrato
Entidad.Estatal
Tipo de entidad
fecha.de.firma
Fecha.de.finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
4056586
CD20232997
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
Entidad Estatal
13/07/2023 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
18 días para terminar (30/09/2023 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
POLO ANYELITH MAOLY ARANGO
10.800.000 pesos
En ejecución
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm
32°C
Parc. soleado
Buscar
ESP
LAA
3:33 p. m.
11/09/2023

PROPUESTA PARA EL CARGO DE AUDITORA HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

OBJETO

Vinculación de un profesional en Enfermería Especialista en Gerencia y Auditoria de la calidad en salud, para ejecutar todas las labores de apoyo a la gestión en los procesos de auditoría de cuentas, respuesta a glosas derivadas de esta argumentadas con la normatividad vigente y las respectivas conciliaciones con las diferentes EAPB y Entes Territoriales, a su vez implementación de procesos y procedimientos derivados de las auditorias de calidad.

PROPONENTE

ANYELITH ARANGO POLO

Enfermera Especialista en Gerencia y Auditoria de la calidad en Salud

SANTA MARTA D. T. C. H 2023

Santa Marta, D. T. C. H 2023

Doctor

German Vargas

Gerente E. S. E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Respetado Doctor,

Con el debido respeto me permito presentar a usted y ante la institución que usted dirige, mi oferta de servicios como Enfermera Especialista en Gerencia y auditoria de la calidad en salud, ofreciendo de antemano mi colaboración irrestricta en apoyo a su loable labor y en beneficio de la institución que usted representa, apoyando en todos los procesos de auditoria encaminados al mejoramiento continuo en la prestación del servicio, respuesta y conciliaciones de glosas, cobros y todas aquellas intervenciones derivadas de dicha prestación, todas encaminadas a obtener los mejores beneficios para la institución, enmarcados en la normatividad que para tal efecto nos rige y al mantenimiento financiero de la misma, así como la prestación eficaz de los servicios a la comunidad.

Pongo a su disposición mis conocimientos y experiencia, acompañadas de toda la ética moral y profesional que se requiere para dicho ejercicio.

Atentamente,



ANYELITH ARANGO POLO

Enfermera Especialista en Gerencia y Auditoria de la calidad en Salud

C.C 39143398 de Ciénaga Magdalena

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14614810734

(415)7707212489984(8020) 000001461481073 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 1 4 3 3 9 8	1	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	3 9 1 4 3 3 9 8	2 0 0 2 0 1 2 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARANGO	POLO	ANYELITH	MAOLY

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: MZ 1 CA 4 URB SIERRADENTRO

42. Correo electrónico: angiearango_05@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 5 1 5						2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																						Exportadores										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	57. Modo				58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 11

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 ARANGO POLO ANYELITH MAOLY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO MEDICO SANAR DEL CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4240770	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2004	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 12N 8 13					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA JOSE MARIA CAMPO SERRANO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	09	*Año*	2005	*Día*	21	*Mes*	10	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* 4 No. 26A- 71					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA MILAGROSA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2006	*Día*	22	*Mes*	06	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS Y HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE 22 13A 09					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION POLICLINICA CIENAGA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* CIÉNAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4240485	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2007	*Día*	06	*Mes*	11	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA	*DEPENDENCIA* URGENCIAS Y HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE 8 12 26					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SURGIFAST			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 4222285	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO DE CALIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 24 04					

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Arango	Polo	Anyelith Maoly

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 39143398	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 11 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO CIÉNAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana 1 casa 4 Casa Urbanizacion sierradentro

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3006683 EMAIL angiearango_05@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998

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*	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD	05	2013	47-428
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2003	res 47-428

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*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4237009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION AUDITORA	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA 25 OESTE 25 67					

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 4365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA DE CUENTAS MEDICAS I	*DEPENDENCIA* 4131. UNIDAD DE APOYO A LA GESTION					*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 14 23 42 CRA 14 no. 23-42					

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*					

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	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 1 de noviembre de 2023

Angelith M. Chango Polo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Anyelith Maoly Arango Polo

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 39'143 398 DE CIENAGA (MAGDALENA)

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el 13 de diciembre de 2003

Juan Carlos Pizarro
Rector

Rector Honorario

Decano de Facultad

Director Seccional

Gloria Patricia Rave T
Secretario General

Registro y Diplomas

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA ÚNICA DE CIENAGA
JAIME L. ZABARAIN VELOZA
NOTARIO UNICO

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 210

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA NO. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1993

FECHA: 13 DE DICIEMBRE DE 2003

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que ANYELITH MAOLY ARANGO POLO

con cédula de ciudadanía No. 39.143.398 **de** CIENAGA (MAGD.)

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No. 020 **en sesión del día** 10 **de** NOVIEMBRE **de** 2003

Para constancia se suscribe por:

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

GLORIA PATRICIA RAVE I.
Secretario General

JUAN OLIVELLA JACQUIN
Director Seccional

FARUK ZAWADY LERA
Decano de la Facultad

No. 00735

LA FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA No. 2613 DE 1959. MINJUSTICIA

CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

Anyelith Maoly Arango Polo

C. C. 39'143.398 de Ciénaga

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en
Gerencia y Auditoría de la Calidad de la Salud

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL, A LOS 15 DÍAS DEL MES DE junio DEL AÑO 2015

RECTORA

DECANO

SECRETARIO GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 21 , FOLIO 249 , REGISTRO No. 211406
LIBRO ACTAS DE GRADO No. 6 , FOLIO 338 , ACTA DE GRADO No. 366

020519

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS "FORMATES"

NIT: 900.071.384-4 Acuerdos Ejecutivos No. 43 de marzo 30 de 2001, 062 de octubre 27 de 2005, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero de 2011 del Ministerio de Protección Social, Autorización Oficial Resoluciones 820 del 14 de marzo de 2003 y 2271 del 22 de junio de 2006, 110321 del 3 de diciembre de 2010 de Secretaría De Educación Localidad 11 de suba de Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano.

HACE CONSTAR QUE:

Arango Polo Anyelith Maoly

C.C. No. 39.143.398 de Cienaga

Asistió al Diplomado en

FACTURACION Y AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

Duración 100 horas

Dado en Bogotá D.C. a los seis (6) días del Mes de Mayo de 2011

César Augusto Ahumada
Médico Auditor Docente

Director General

Sara Adriana Pinilla D.
Directora Académica

Secretaria General

"Formamos personas calificadas con sentido social"

Habilitación
activa s.a.s

CERTIFICA QUE:

ANYELITH ARANGO POLO

C.C. 39.143.398

Participó en el Curso

Nueva Norma de Habilitación "Resolución 1441 de 2013" con énfasis en Seguridad del Paciente

Barranquilla, Junio 25 de 2.013
Intensidad horaria diez (10) horas

María Eugenia Henríquez
Conferencista

Liliana Rincón Ramírez
Conferencista

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO** identificada con la cédula de ciudadanía número 39,143,398, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinte (23) días del mes de Octubre del año dos mil veintitres (2023).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No.47- 428

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que, **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO,** identificada con cédula de ciudadanía No.39.143.398, ha solicitado el registro de su título de **ENFERMERA,** que le otorgó LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA , según Acta de Grado 210 de fecha 13 de Diciembre 2003.

Que, **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO**, participo en el sorteo de plaza para el Servicio Social Obligatorio , efectuado en la Secretaria de Salud Departamental del Magdalena , el día 14 DE Mayo de 2004, dando cumplimiento al Acuerdo 001 de 2004, emanado del CONSEJO NACIONAL COORDINADOR DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

Que una vez realizado el sorteo, **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO,** no salió favorecida, quedando exenta de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO,** para ejercer la profesión como **ENFERMERA** en todo el territorio nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 25 JUN 2004

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

LIDERAZGO, SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

AUDITORIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Jeison Guette Corro

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM: 471467 Licencia: 3558/15

NOMBRE DE LA EMPRESA:	FECHA:
Ese Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	30/01/2023

TIPO DE VALORACION CERTIFICADO MEDICO LABORAL

INGRESO [x] **PERIODICO** [ ] **EGRESO** [ ]

TRABAJADOR: Angelith Arango Polo. C.C 39.143.398
CARGO: Auditora SEXO F EDAD 41 AÑOS

INFORME:

EXAMEN	R	NR	
Md osteomuscular	x		
Visiometria		—	
Audiometría		—	
Laboratorios		—	

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO

Apto para el cargo [x]
Apto con restricción [ ]
Aplazado [ ]
No apto [ ]

Sin patología aparente [x] Con patología aparente [ ]
Motivo: Sin restricciones para el cargo.
Motivo:
Motivo:

Recomendaciones especificas Ninguna.

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor [ ] Recomendación

Se sugiere Reubicación Laboral [ ] Temporal [ ] Permanente [ ] Reasignar tareas [ ]

Apto para trabajar en altura [ ] No apto para trabajar en alturas [ ] Aplazado para alturas [ ]

EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio [ ] No satisfactorio [ ] Motivo:

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas [ ]
Remisión a EPS [ ]
Continuar manejo medico [ ]
Remisión ARL [ ]
Citología vaginal [ ]

Ocupacional [ ]
Uso de EPP [ ]
Ingreso al SVE [ ]
Carga física ruido [ ]
Radiológico [ ]
Psicolaboral [ ]

Hábitos y estilos de vida saludable [x]
Inicio de actividad física [ ]
Dejar de fumar [ ]
Control del peso [x]
Otro

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Todo puede ser confirmado y verificado.

Jeison Guette Corro
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 3558/15

DR. JEISON GUETTE CORRO MD SST LIC. 3558/15

Firma Trabajador(a), C.C.

Santa Marta, 24 de Octubre de 2005

Yo **MARTHA CRUZ DE DIAZGRANDOS** , jefe del Departamento de Enfermería certifico a ustedes que la señorita **ANYELITH M. ARANGO POLO**, identificada con la cédula de ciudadanía No 39.143.398 de Ciénaga Magdalena laboró en la E. S. E José Maria Campo Serrano desde el 21 de Septiembre al 21 de Octubre del 2005 en reemplazo de la enfermera **PIEDAD QUINTO** por motivo de incapacidad médica.

Atentamente,

MARTA CRUZ DE DIAZGRANADOS
Jefe de Dpto de Enfermería

CENTRO MEDICO SANAR DEL CARIBE

Nit 819.003.993-3

Direc. Ofic. Cra. 12 No 8-13 Esq. Ciénaga Teléfono 4241280
Cel. Fax. 4240770

A QUIEN INTERESE

KATHERINE CASTILLO SUAREZ, identificada con cédula de ciudadanía No 57.417.357 de Ciénaga Magdalena. En mi calidad de Representante Legal del **CENTRO MEDICO SANAR DEL CARIBE**,. Me permito hacer constar que la Señorita **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO**, identificada con la cédula de ciudadanía No 39.143.398 de Ciénaga Magd, quien reside en la misma Ciudad. Labora en esta Entidad en el cargo de **ENFERMERA SUPERIOR**, a partir del 01 de Enero del 2004 hasta la fecha.

La presente se expide por parte del interesado el día 9 de Septiembre de 2004.

Atentamente:

KATHERINE DORIANA CASTILLO SUAREZ
C.C. No 57.417.357 de Ciénaga Magdalena
Representante Legal

La Solución Laboral Para Su Empresa

Presencia Inteligente Ltda.

SERVICIOS TEMPORALES

NIT: 802.005.344-0

HACE CONSTAR:

Que El (La) Señor(a) **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO**

Con Cédula de Ciudadanía No. 39,143,398 expedida en SANTA MARTA

Contrato de trabajo: Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada.

Laboró desde: 23/06/2006 Hasta 22/06/2007

Desempeñando el cargo de: Enfermera(o) Jefe, como trabajador(a) en misión en CLINICA LA MILAGROSA

Asignación final mensual de: $951,374

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 17 días de mes de Septiembre del año 2007.

Atentamente,

P/P

CLARIZA GOMEZ PALENCIA
Departamento de personal
0EE4542033

FUNDACIÓN POLICLINICA CIENAGA

NIT. 800.201.726-3

LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la señorita **ANYELITH MAOLY ARANGO POLO**, identificada con la cedula de ciudadanía 39.143.398 de Ciénaga, labora en esta institución como Enfermera Jefe desde el 03 de Julio de 2007, recibe en promedio ingresos de $1.200.000 por concepto de sueldo su tipo de contrato es a termino fijo y a la fecha no presenta embargo.

Se expide la presente certificación a los 15 dias del mes de septiembre de 2010 a solicitud del interesado.

Atentamente,

ALEXANDRA ESTEFENS
Jefe de departamento

CIENAGA MAGDALENA
Sede Administrativa Y Consulta Externa
Calle 8 11 – 39
Telefax 4240485

Sede De Urgencias Y Hospitalización
Calle 8 12-26
Teléfono 4240957 – 4242997

SURGI-FAST S.A.,

NIT. 819.006.339-1

CERTIFICA:

Que, la Señora ANYELITH ARANGO POLO, identificada con Cedula de ciudadanía 39.143.398 laboró en esta empresa, desde el 01 de abril de 2012 hasta 31 de diciembre de 2013, ocupando el cargo de Enfermera Jefe con funciones asistenciales y de implementación de calidad.

La Señora ANYELITH ARANGO POLO., durante el tiempo de su permanencia, demostró puntualidad, honestidad y responsabilidad en las labores encomendadas.

En constancia de lo antes mencionado extendemos la presente a petición del interesado a los Dieciocho (18) días del mes de Junio del 2014.

SURGI FAST S.A.
NIT. 819.006.339-1

MARIA PATRICIA COLEY NIETO

Representante Legal

Salud y bienestar a tu alcance

LA SUSCRITA SUBGERENTE ASISTENCIAL DE LA EMPRESA SOCIAL ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) ARANGO POLO ANYELITH MAOLY, identificada con cédula de ciudadanía N° 39.143.398 estuvo vinculada a esta empresa bajo contrato de prestación a través de los siguientes contratos:

CONTRATO No.	FECHA	OBJETO CONTRACTUAL	HONORARIOS MENSUALES	DURACION
PS-971	17/06/2019	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.	$ 3.000.000	4 MESES Y 14 DIAS
PS-1502	01/11/2019	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS	$ 3.000.000	1 MES Y 20 DIAS

		PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.		
PS-339	02/01/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.	$ 3.000.000	4 MESES
PS-339-1	29/04/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.	$ 3.000.000	1 MES
PS-809	01/06/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA	$ 3.000.000	2 MESES

		GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.		
PS-1020	31/07/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO.	$ 3.000.000	2 MESES
PS-1020-1	28/09/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS	$ 3.000.000	1 MES

Avenida del Libertador Nº 25-67. Santa Marta D.T.C. e H.
Línea directa: (5) 4237009 ext. 1002
www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co
@esealprorev

		PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO		
PS-1441	30/10/2020	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO	$ 3.000.000	2 MESES
PS-0730	01/02/2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO	$ 3.000.000	2 MESES
PS-0947	05/04/2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA	$ 3.000.000	2 MESES Y 26 DIAS

Salud y bienestar
a tu alcance

		GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO		
PS0947-1	30/06/2021	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYO A LA GESTION EN LOS PROCESOS Y/O DILIGENCIAS DE AUDITORIA DE CUENTAS* RESPUESTA* LEVANTAMIENTO Y CONCILIACION DE GLOSAS POR SERVICIOS PRESTRESTADOS POR LA ESE A LOS DIFERENTES RESPONSABLES DE PAGO	$ 3 000 000	1 MES

La presente certificación se expide a los quince (15) días del mes de septiembre de 2021 en la ciudad de Santa Marta.

JENNY ALEXANDRA VILLALOBOS BARRIGA
Subgerente Asistencial
E.S.E Alejandro Próspero Reverend

mipg
modelo integrado de planeación y gestión

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 39143398 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

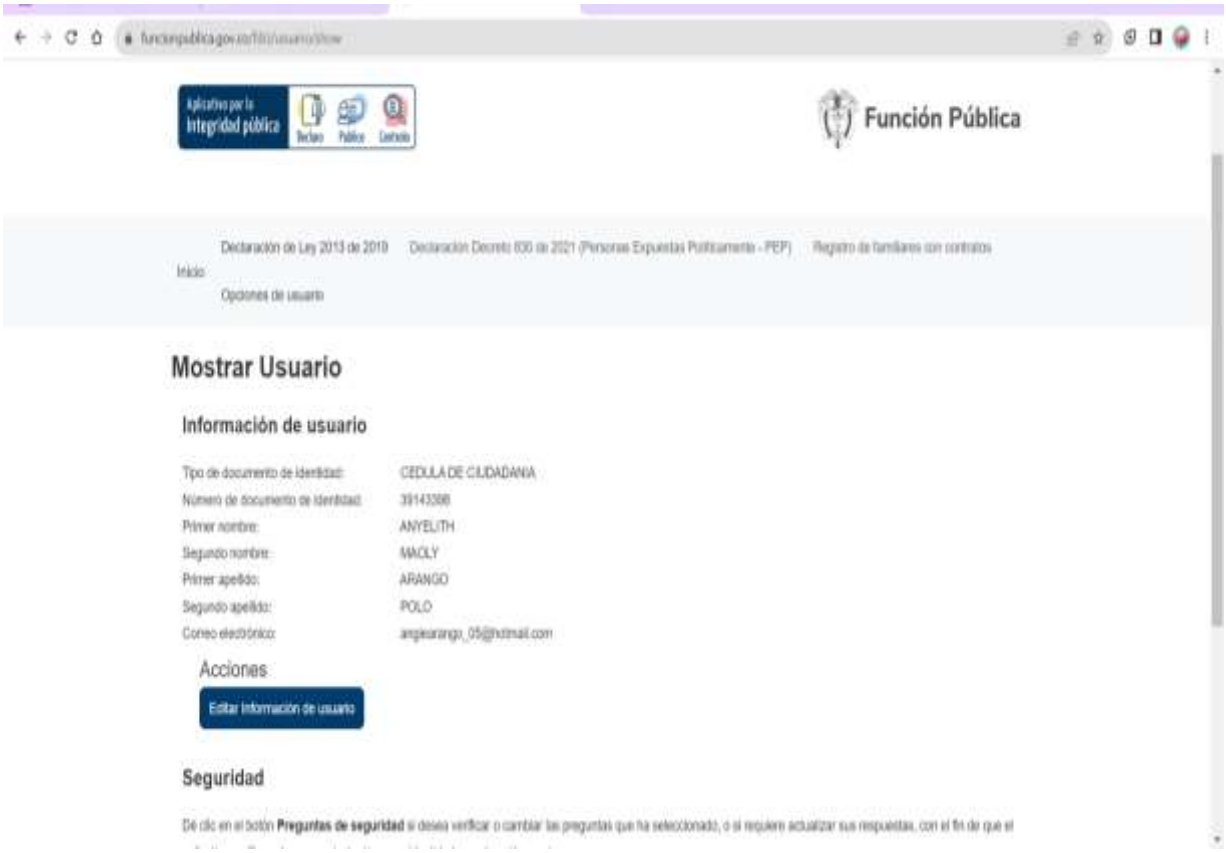
Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 07/09/2023 04:49 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC


Aplicativo por la Integridad pública
Declaro
Publico
Gestiono
Función Pública
Declaración de Ley 2013 de 2019
Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)
Registro de familiares con contratos
Inicio
Opciones de usuario
Mostrar Usuario
Información de usuario
Tipo de documento de identidad: CEDULA DE CIUDADANIA
Número de documento de identidad: 39143398
Primer nombre: ANYELITH
Segundo nombre: MAOLY
Primer apellido: ARANGO
Segundo apellido: POLO
Correo electrónico: anpeuarango_05@hotmail.com
Acciones
Editar Información de usuario
Seguridad
Dé clic en el botón Preguntas de seguridad si desea verificar o cambiar las preguntas que ha seleccionado, o si requiere actualizar sus respuestas, con el fin de que el

CERTIFICA QUE:

El(La) señor (a) ANYELITH ARANGO POLO identificado(a) con C.C 39.143.398 se encuentra afiliado a la EPS en condición COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/11/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL SANTA MARTA I NIVEL**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 1 días del mes de noviembre del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANYELITH MAOLY ARANGO POLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.143.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ANYELITH MAOLY ARANGO POLO														Sexo			
														M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	x	C.E		T.I		R.C		PP	39.143.398	cienaga, magdalena	24/01/2002

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	Familia	Rural	Urbano
			x					x	3	x				x

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
5	11	1981	cienaga	mz 1 c 4 urb sierradentro	santa marta	magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
angiearango_05@hotmail.com	3006683351	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado				2224				

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Enfermera auditora	

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
	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	auditora

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 $4000000			Total Egresos mensuales 3000000				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos $200.000.000			Total Pasivos $20.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes junio	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:
labor profesional como auditora

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: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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





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