En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO, LEILA JUDITH SANCHEZ POLO**, Identificado con Cédula No. **57.432.796** 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: 

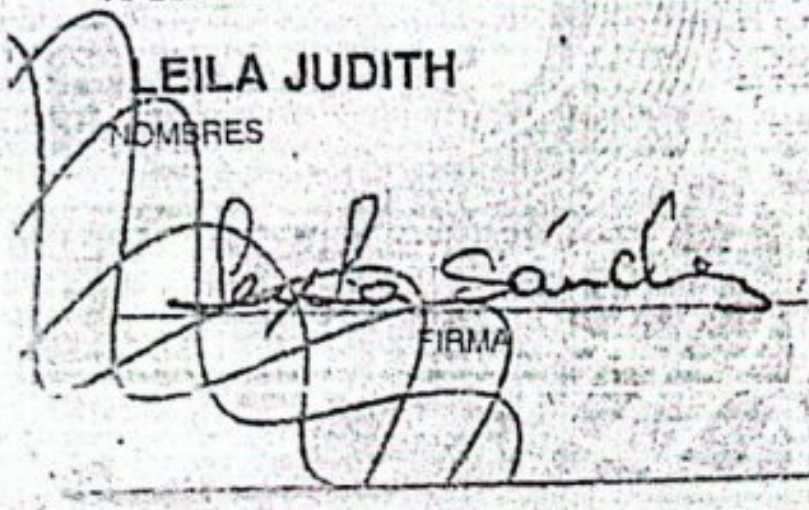
	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – 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 Único 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 **ÉTICO 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 Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, 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 **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**)	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	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

57.432.796
NUMERO

SANCHEZ POLO
APELLIDOS

LEILA JUDITH
NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1971
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-DIC-1989 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2100100-61141811-F-0057432796-20000210 0452206040A 02 188231184

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57432796**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57432796	SANCHEZ	POLO	LEILA	JUDITH	2022-07-17, 9:40 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57432796	SANCHEZ	POLO	LEILA	JUDITH	2023-12-03, 2:39 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **LEILA JUDITH SANCHEZ POLO,** identificado con C.C./C.E./P.P No. **57.432.796,** expedida en **SANTA MARTA - 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, en el año 2024.

Firma _____

Nombre **LEILA JUDITH SANCHEZ POLO**

Cédula **57.432.796**

COPIA CONTROLADA

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

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	leila judith
Apellidos	sanchez polo
Fecha de Nacimiento	3/08/1971 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	leila judith sanchez polo
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57432796
Dirección	calle 6a n° 12 - 54 pescaito
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	leylin_896@outlook.com
Teléfono	3014512173
Celular	3014512173
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	santa marta
SMS para recuperar la contraseña	3014512173

Editar

Santa Marta – Magdalena, Año 2024.

Señor
GERENTE
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE
E.S.M.

REF.: PROPUESTA LABORAL

Yo: **LEILA JUDITH SANCHEZ POLO**; Identificada con C.C. N°: **57.432.796**, Domiciliada en la ciudad de Santa Marta, en la **calle 6ª N° 12-54**, portadora del celular N°: **3014512173** y con email: leylin_896@outlook.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 Mendez Barreneche**.

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

Cordialmente,



LEILA JUDITH SANCHEZ POLO
C.C. N°: 57.432.796

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14728166084

(415)7707212489984(8020) 000001472816608 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 3 2 7 9 6	5	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	57432796	1 9 8 9 1 2 1 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	POLO	LEILA	JUDITH

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: CL 6 A 12 54

42. Correo electrónico: leylin_896@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 1 4 5 1 2 1 7 3

45. Teléfono 2

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	1 9 9 6 0 9 1 3					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2020 - 12 - 17 / 20 : 11: 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: SANCHEZ POLO LEILA JUDITH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-03-2024 01:58:36AM

COPIA
CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

FORMATO COMPLETO

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
Sanchez	Polo	Leila Judith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57432796	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 03 MES 08 AÑO 1971	CALLE 6A A NORTE - 12 54 calle 6A # 12 - 54 pescaito			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	leylin_896@outlook.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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1991

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	09	1996	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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 6054365007	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA NORTE - 14 carrera 14 # 23 - 42 ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS E INVERSIONES ESIMED			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7957155	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año* 2006	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA EN UCI NEO	*DEPENDENCIA* AREA DE PEDIATRIA Y NEONATAL					*DIRECCIÓN* CALLE NORTE - 22 CALLE 22 # 21 - 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA DE LA MUJER			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4203080	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	04	*Año* 1998	*Día*	25	*Mes*	01	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA EN UCI NEO	*DEPENDENCIA* UCI NEONATAL Y PEDIATRICA					*DIRECCIÓN* CALLE NORTE - 22 CALLE 22 # 21 -16					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

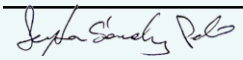
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	8

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 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 – Marta, Año 2024.*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

Colegio de Bachillerato "John F. Kennedy"

SANTA MARTA

Aprobada por Resolución No. 1305 del 22 de Noviembre
de 1991 de la Secretaría de Educación del Magdalena

Confiere

Leila Judith Sánchez Polo

Identificado con CC No. 57.432.796 de Sta Mta.

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

Dado en Santa Marta, a los 27 días del mes de Noviembre de 1996

Rector

Secretaria

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Acta de Grado

En la ciudad de SANTA MARTA a los 07 dias del mes de DICIEMBRE del año de 1.991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, el Rector y Secretario en la Rectoria del COLEGIO DEPARTAMENTAL DE BACHILLERATO JOHN F. KENNEDY

modalidad ACADEMICA institución aprobada hasta en el nivel de Educación Media [illegible] y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad ACADEMICA, según Resolución(es) Número(s) 1305 de DICIEMBRE de 1.991

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No. NOMBRE

57 SANCHEZ POLO LEILA JUDITH

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 57.432.796 de Santa Marta

Es fiel copia tomado del Acta original No. 005 de fecha Diciembre 07 de 1.991

que consta de 59 alumnos graduados, comienza con el nombre de ALCIDES ENRIQUE ALBINO FERNANDEZ y se cierra con el nombre de VARGAS CAMACHO SIRLEY XIOMARA

firmado y sellado por CARLOS VALDERRAMA ROJAS (Rector) y CARMEN RAQUEL PEREZ (Secretario)

Dado en SANTA MARTA a los 07 dias del mes de DICIEMBRE de 19 91

En constancia se firma el presente Documento.

Colegio Dpal. de Bachillerato JOHN F. KENNEDY Sección Nocturna

El Rector o Director(a) ECTOR

c. c. No. 1.685.068 de Santa Marta

Colegio Dpal. de Bachillerato JOHN F. KENNEDY

El Secretario(a)

c. c. No. 36.534.755 de Santa Marta

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Reconocer el Título para todos los efectos legales.
Fecha: 1 - XI - 1996
Resolución No. 3009
DIRECTOR

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

Leila Judith Sánchez Polo

Titular de la C.C. N: 57.432.796 expedida en Santa Marta.

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de Salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Enfermería

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1.949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

Director de CESMAG

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

GABRIEL ANGULO

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta, a los 13 días del mes de Septiembre del año 1.996 se reunieron, con el fín de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de AUXILIAR DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria del CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, según Resolución No.2182 de Agosto 9 de 1968, Decreto No.816 de Diciembre 13 de 1949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre y apellidos y número de documentos se relacionan a continuación : LEILA JUDITH SANCHEZ POLO

C.C. No. 57.432.796 de Santa Marta.

Es fiel copia de su original, fecha Septiembre 13-1.996 que consta de 37 alumnos que comienzan con el nombre de : SONIA AIDEE ANGARITA GUTIERREZ y cierra con el nombre de : GERMAN JOSE VEGA CUELLO

firmado y sellado por HUGO PEREZ NAVARRO Director y MARELBYS PALCAZAR VALDERRAMA Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los 13 días del mes de Septiembre de 1996.

Firmado y sellado

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Director

MARELBYS PALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 3009 DE 19

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus Atribuciones Legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1.975, 121 de 1.976 y la Resolución 08211 del 15 de Junio de 1.989 y,

CONSIDERANDO :

Que LEILA JUDITH SANCHEZ POLO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 57.432.795, expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro de Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG GABRIEL ANGULO DE SANTA MARTA, el 13 Septiembre 1.996.

RESUELVE :

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdalena, a LEISA JUDITH SANCHEZ POLO, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE :

Dada en Santa Marta, a los - 7 NOV 1996

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud Magd.

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos.

Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO NO. 124

NOMBRE: LEIDA SANCHEZ POLO

C. C. NO. 57 [illegible]

EXPEDIDA EN: [illegible]

TITULO: [illegible]

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares. prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: [illegible]

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

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 *: 57432796

Primer Nombre: LEILA

Primer Apellido: SANCHEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1156

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-19→8:33:02 AM -2024-03-19→9:01:49 AM -2024-03-19→9:25:48 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57432796	LEILA	JUDITH	SANCHEZ	POLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEILA JUDITH SANCHEZ POLO identificado(a) con CC 57432796 registra La siguiente información:

2024-03-19→9:25:48 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	1996-11-07	3009	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).

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

Leila Judith Sánchez Polo

CC 57432796 de Santa Marta

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: 2022-12-07
Fecha de vencimiento: 2024-12-07

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

Leila Judith Sánchez Polo

CC 57432796 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

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

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

Leila Judith Sánchez Polo

CC 57432796 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2023-04-14
Fecha de vencimiento: 2025-04-14

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE
SURAMERICA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016
de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

LEILA JUDITH SANCHEZ POLO

Con Documento de Identidad No 57432796

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

CUIDADO CRÍTICO PEDIÁTRICO Y NEONATAL

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – JULIO – 26 DE 2020
Registrado en el Libro de Actas No 0020200726
CÓDIGO DE SEGURIDAD 200726S

POLITECNICO DE SURAMERICA

DANIEL M. TREJOS
Rector

ESTEFANNY PORRAS
Secretaria Académica

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politecnicodesuramerica.com, indicando el Nro de actas con el cual se registra el mismo

Powered by CamScanner

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

Leila Judith Sánchez Polo

CC 57432796 de Santa Marta

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: 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

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

Leila Judith Sánchez Polo

CC 57432796 de Santa Marta

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: 2023-06-17
Fecha de vencimiento: 2025-06-17

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

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 10/12/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: LEYLA JUDITH SANCHEZ POLO
CC: 57.432.796 Sexo: F Edad: 51 AÑOS
Labor a Desempeñar: AUXILIAR ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- USO DE EPP
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

esimed

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT.: 800215908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina Kactus, el (la) Sr (a) **LEYI... JUDITH SANCHEZ POLO**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **57.432.79...**, labora con esta empresa desde el 11 de noviembre de 2006, con contrato de trabajo a término Indefinido, en la actualidad desempeña el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial mensual de Ochocientos cincuenta y tres mil trescientos setenta y cuatro Pesos M\cte ($ 853.374,00) y una asignación mensual no salarial de **Cero de ($ 0,00) Pesos M\cte.**

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 07 días del mes de agosto de 2018.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext: 6519 - 6520, citando el consecutivo 174829.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

Autopista Norte No. 93 - 95. Bogotá D.C.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Clínica de La Mujer Ltda.
NIT:819.000.364-7

Santa Marta, 24 de abril de 2004

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO (E)

HACE CONSTAR:

Que la señora LEYLA SANCHEZ POLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No.57.432.796 expedida en Santa Marta, prestó sus servicios en la institución en calidad de Auxiliar de Enfermería cumpliendo turnos de reemplazo, refuerzo y/o suplencia, en el servicio de Neonatos, desde el mes de Abril de 1998 hasta el mes de Marzo de 2002.

Esta certificación se expide a petición de la interesada.

ALFONSO SANDOVAL VIVES

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

COOPERATIVA DE TRABAJADORES MEDICOS ASOCIADOS – COOTRAMEDICAS LTDA
Nit. 819.004.762-3

EL SUSCRITO GERENTE DE COOTRAMEDICAS LTDA

CERTIFICA:

Que la señora, **LEYLA SANCHEZ POLO,** identificada con la cédula de ciudadanía número. **57.432.796** de **Santa marta**, Fue asociada a esta entidad de economía solidaria, y realizó aportes de trabajo para la misma, como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en la entidad **CLINICA DE LA MUJER LTDA**, Desde Abril 02 de 2002 hasta Enero 25 de 2006.

Para constancia se expide la presente, a solicitud de la parte interesada a los 08 días del mes de Febrero de 2006.

Atentamente,

VILMA SOFIA CODINA P.
Gerente.-

Teléfono 4201868 Santa M...

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 57432796 **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 19/03/2024 09:41 AM

Código Verificación: **PE1YV6GJX5**

Válida hasta: **17/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: leila Judith

Apellidos: Ordoñez Polo

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 57432796

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	13-09-19	0128M411	Arlet Herrera
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13.09-19	22160517B	Arlet Herrera
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	23-03-19	0320270288E	Arlet H.
	2	25-04-19	0320270288E	Arlet H.
	3	13.09.19	0320270288E	Arlet H.
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U.	13-09-19	P3146	Arlet Herrera
		21/7/14	14108015	Schirley
Contra Influenza	U	13-09-19	T3A93	Arlet Herrera
Virus de Papiloma Humano				

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-09-04 07:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEYLA	JUDITH	SANCHEZ	POLO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57432796

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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:

CONCEPTO	VALOR
TOTAL	$18.000.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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:

CE-006 - 0000000100 – 2024

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 57432796
NOMBRES Y APELLIDOS	Sanchez Polo,Leila Judith
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Sanchez Polo,Leila Judith, a los 19 días del mes de marzo del año 2024.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEILA JUDITH SANCHEZ POLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57432796,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HJMB
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E

FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FRCAF
VERSION: 003
FECHA DE ULTIM REVISION: 19/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Cra 14 # 23 - 42	01 - 01 - 2020

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Leila Judith Sánchez Polo

Sexo: M | F | X

Tipo de Documento	Número	Expedido en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E	T.I	R.C	PP	57432796	Santa Marta	11 - 12 - 1989

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		2			X		

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
03 / 08 / 1971	Sta Rita	Calle 6A #12 - 54 Pescaito	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
leylin_896@outlook.com	3014512173	

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado X | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Auxiliar de Enfermería

Descripción del CIIU:

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Número
	C.C. / P.P	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio	Cargo
HUJMB	Publica X Privada Mixta Otra, cual?	Auxiliar Enfermería
Dirección de empresa o negocio	**Ciudad**	**Barrio** / **No. Teléfono**
Cra 14 #23-47	Santa Marta	Alcazares / 6054360
Maneja dinero del Estado o esté expuesto públicamente?	SI	NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.300.000	Total Egresos mensuales	1.300.000
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	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?

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:

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 propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

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

Leila Sánchez Polo

5. FIRMA Y HUELLA

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner