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
Medina	Cahuana	Aura Vanessa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1002097416	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 28 MES 02 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO SANTA LUCÍA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 1a N°20-32

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO PONEDERA

TELÉFONO EMAIL vanessamedinacahuana@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	2016
										X				

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	4	X			07	2019	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

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*

5 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 GOBERNACION DE ATLANTICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	26	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 40 45 46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE ATLANTICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GUARDIANES						*DIRECCIÓN* CALLE 40 null null N° 45-46					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* SABANALARGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8780382	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2019	*Día*	09	*Mes*	03	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AUIXILIAR AREA SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 18N ° 198 -80					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

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						

7 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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 Puerto Giraldo 27 de Abril 2025

Aura Vanessa Medina C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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

República de Colombia

Departamento del Atlántico

Institución Educativa Técnica Agropecuaria de Puerto Giraldo

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 08661 del 30 de Diciembre de 2009 emanada de la Secretaría de Educación Departamental.

Confiere a:

MEDINA CAHUANA AURA VANESSA

Documento de Identidad T.I. 1.002.097.416 de Campo de la Cruz - Atlántico

El Título de:

Bachiller Técnico Agropecuario con Énfasis en Especies Menores

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

Lic. Mario Ordoñez Rodríguez
C.C. No. 8.789.049 Soledad
Rector

Blanca Echenique Hoyos
C.C.No.34.994.129 Montería
Secretaria

Libro No. 003 Acta No. 026

Folio No. 026 Registro No. 037

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL

Centro de Informática del Caribe
Entidad Formadora para el trabajo y desarrollo humano

Nit. 900.216.554-1, Licencia de Funcionamiento No. 01233 del 28 de Julio de 2008. Acuerdo 0220 del 18 de Junio de 2018 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Del Ministerio de la Protección Social y Salud, y Registro según Resolución 2295 del 19 de Diciembre de 2018, Emanada de la Secretaría De Educación Departamental.

Expide el certificado de:
Técnico Laboral en Aptitud Ocupacional Por Competencias En:

Auxiliar en Enfermería

A: Aura Vanessa Medina Cahuana

Identificado(a) C.C 1002097416, expedida en: Ponedera, /Atlántico.

Por haber cursado y culminado los estudios correspondientes según planes y programas vigentes Registrados en la Secretaría de Educación Departamental, con una intensidad Horaria de: **1.800 Horas.**
En testimonio de ello se firma a la fecha **20** de **Diciembre** de **2019.**
Anotado en el Folio No. 2 Libro No. 1 Número de Registro No. 28

Dado en Sabanalarga/Atlántico

JAINE MANUEL BULDING ACEVEDO
Director Académico

Esp. RAFAEL MERCADO GUTIÉRREZ
Director Administrativo

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

AURA VANESSA MEDINA CAHUANA

Con Cédula de Ciudadanía No. 1002097416

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD.

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Garzón. a los veinticinco (25) dias del mes de enero de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

CARLOS ANDRES JIMENEZ MOREA
Subdirector (E) CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA REGIONAL HUILA

77513746 - 25/01/2024
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9525002374394CC1002097416C.

Centro de Informática del Caribe

ENTIDAD FORMADORA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobación Oficial Res. 000610 del 21 de Abril de 2003 Emanada de la S.E.D

Nit. 900216554-1

Hace Constar que

Medina Cahuana Aura Vanessa T.I. 1002097416

Asistio al Seminario Taller de:

Manejo Integral de Pacientes Diabeticos

con Enfasis en Pie Diabetico

Con una intesidad horaria de 5 horas

Dado en Sabanalarga/Atlántico, a los 28 dias del mes Abril de 2019

Esp. Rafael Mercado Gutierrez
DIRECTOR

Jefe Enf. Wendy Mercado Bayuelo
CONFERENCISTA

Certificados de Calidad:

Certificado de Gestión de la Calidad CELAC Calidad en Educación ISO 9001 Certificado No. 10062-1 "Diseño y prestación del servicio de formación para el trabajo y el desarrollo humano"

Certificado de Gestión de la Calidad CELAC Calidad en Educación NTC 5555 Certificado No. 20.068-1 "Diseño y prestación del servicio de formación para el trabajo y el desarrollo humano"

Centro de Informática del Caribe

Entidad Formadora para el trabajo y desarrollo humano

ENTIDAD FORMADORA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobación Oficial Res. 000610 del 21 de Abril de 2003 Emanada de la S.E.D

Articulo 5.8 del Decreto 4904 del 2009, Ministerio de Educacion Nacional.

Nit. 900216554-1

CERTIFICADO

DE PARTICIPACION Y ASISTENCIA

Aura Vanessa Medina Cahuana

Por haber cursado y aprobado los objetivos del curso - taller:

Toma de Muestra de

CITOLOGIA VAGINAL

(COMPLICACIONES Y ALTERACIONES)

Con una intesidad horaria de 04 horas

Dado en Sabanalarga a los 28 dias del mes Octubre de 2018

Rafael Mercado Gutierrez
Director Academico

Carlos Guevara
Enfermero Jefe

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

AURA VANESSA MEDINA CAHUANA

Con Cedula de Ciudadania No. 1002097416

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Sabanalarga. a los diecinueve (19) días del mes de mayo de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

VICTOR FABIAN ARBELAEZ TORREJANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN
REGIONAL ATLÁNTICO

66066790 - 19/05/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9207002071839CC1002097416C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

AURA VANESSA MEDINA CAHUANA

Con Cedula de Ciudadania No. 1002097416

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barranquilla. a los veintiseis (26) dias del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

Elizabeth Tuberquia V.

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO GRADO 02
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL ATLÁNTICO

75849485 - 26/05/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9302002328152CC1002097416C.

Centro de Informática del Caribe
Haciendo Carrera!

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA

CENTRO DE INFORMATICA DEL CARIBE Y LA COORDINADORA DOCENCIA SERVICIO Y SUPERVISORA DE PRACTICAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA

HACE CONSTAR QUE:

AURA VANESSA MEDINA CAHUANA. Identificada con cédula de ciudadanía número **1.002.097.416** de Ponedera (Atlántico) realizo sus prácticas Hospitalarias, como Auxiliar de Enfermería; en calidad de estudiantes del Centro de Informática del Caribe en un Periodo de **(6 Meses)**; Comprendido del 09 de Septiembre del 2019 hasta 09 de marzo del 2020; Obteniendo un desempeño adecuado, con un promedio de **4.0 (cuatro)** rotando por los diferentes servicios y areas de la E.S.E Hospital Departamental de Sabanalarga.

Se expide el presente documento a solicitud de la parte interesada a los 25 días del mes septiembre del 2020.

Sadua Vergara De La Ossa
COORDINADORA DOCENCIA SERVICIO
Hospital Departamental de Sabanalarga

Eny De La Hoz De Los Reyes
DOCENTE Y SUPERVISORA DE PRACTICAS
Hospital Departamental de Sabanalarga

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

CERTIFICA:

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de esta Secretaría, se constató que **AURA VANESSA MEDINA CAHUANA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.002.097.416, suscribió con el Departamento del Atlántico –Secretaria General–, el/los siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios, tal como se describe a continuación:

CONTRATO N°	**202301652**
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE GUARDIANES DE LA SALUD, PARA DESARROLLAR LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYA A LAS INTERVENCIONES REGULARES Y CONTINGENCIALES DE FACTORES RIESGO AMBIENTAL Y COMPORTAMENTALES, A TRAVÉS DE BÚSQUEDA ACTIVA QUE PERMITAN PREVENIR O MINIMIZAR LOS DIFERENTES EVENTOS EN SALUD PÚBLICA, QUE SE PRESENTEN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.
FECHA DE SUSCRIPCION	Abril 10 de 2023
FECHA DE INICIO	Abril 10 de 2023
PLAZO	Seis (6) meses, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.
OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	a) Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. b) Realizar seguimiento y control de los asuntos y actividades que le sean asignadas. c) Presentar mensualmente informe detallado de gestión de actividades. d) Cumplir con el pago al sistema de seguridad social. e) Cumplir con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.28. (En caso de que aplique). f) Asistir puntualmente a las reuniones convocadas. g) Hacer buen uso de los equipos tecnológicos y elementos de oficina suministrados para las actividades requeridas en el desarrollo del objeto contractual. h) Cumplir con las demás obligaciones, especificaciones y actividades señaladas en el estudio previo y con aquellas que se deriven de la esencia o naturaleza del Contrato.
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1. Realizar visitas domiciliarias según se requieran con el objetivo de identificar factores de riesgo y búsqueda activa de casos de eventos de interés en salud pública.

	2. Realizar seguimiento a la población de los municipios y corregimientos del departamento del Atlántico, que hayan sido objeto de vacunación contra el covid19. 3. Desarrollar acciones educativas, individuales y colectivas encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública prevalentes en el municipio y corregimientos. 4. Apoyar todas las acciones de la Subsecretaría de Salud pública extramurales que se requieran para el control de los eventos de interés en salud pública. 5. Apoyar en la realización de jornadas educativas y otras que se requieran, de acuerdo a las necesidades particulares de la Secretaría de Salud departamental. 6. Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por el supervisor, en relación con su objeto contractual.
ESTADO	En ejecución

La presente certificación de Contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión establecidos en el Estatuto de Contratación y sus Decretos reglamentarios, se hace a solicitud del Contratista, sin que la expedición de esta implique la existencia de una relación laboral entre las partes teniendo en cuenta la naturaleza de vinculación contractual.

La solicitud de confirmación del presente certificado, en caso de ser requerido, podrá ser remitida al correo electrónico general@atlantico.gov.co, indicando el número de radicado que se encuentra en la parte superior derecha.

Se expide la presente en Barranquilla, a solicitud del interesado a los (04) días del mes de Diciembre de 2023.

RAÚL JOSÉ LACOUTURE DAZA
Secretario General

Proyectó: Héctor Fabio Figueroa
Revisó: Bonnie Cotes
Vo.Bo.: Nohemí Pérez.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEDINA CAHUANA AURA VANESSA** identificado(a) con **CC** número **1.002.097.416** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de enero de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 26 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000**.

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
014CC1002097416010520251340000003	2025-05-01	Subsidiado	Cabeza de familia	2025-05-01

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia				
Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	1002097416	Aura Vanessa Medina Cahuana	2000-02-28	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia								
Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Atlántico	Ponedera	Puerto Giraldo	Rural - Dispersa	Calle 1a #20-32	Ninguno	Ninguno	Ninguno	B Positivo (+)

Datos básicos del empleador Fecha efectividad: 2025-05-01					
Tipo de documento	Número de documento	Razón social del empleador	Tipo de cotizante	IBC	Estado de la novedad
CC	1002097416	AURA MEDINA	Independiente	1423500	Relación laboral confirmada
ARL					
No aplica					

Datos de Afiliación	
EPS	IPS
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE PONEDERA

Medellín, 05 de mayo de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que AURA VANESSA MEDINA CAHUANA identificado(a) con C1002097416 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10020974162512569056

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.18

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 1002097416 **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 26/04/2025 05:56 PM

Código Verificación: **QFGK5T8SBP**

Válida hasta: **25/07/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-04-26→7:55:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1002097416	AURA	VANESSA	MEDINA	CAHUANA	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) AURA VANESSA MEDINA CAHUANA identificado(a) con CC 1002097416 registra La siguiente información:

2025-04-26→7:55:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-12-24	4070	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

No FORMULARIO	500157329		**FECHA**	2025-05-05	
TIPO SOLICITUD	**VINCULACIÓN**	**[X]**	**SUCURSAL**	VIRTUAL	
	ACTUALIZACIÓN	**[ ]**			

PREVISORA SEGUROS

CLASE DE VINCULACIÓN TOMADOR **[x]** ASEGURADOR **[ ]** AFIANZADO **[ ]** BENEFICIARIO **[ ]** EMPLEADO **[ ]** INTERMEDIARIO **[ ]** PROVEEDOR **[ ]** OTRA **[ ]**	**CUAL:**

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (Individualización del Producto)

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	EL MISMO	OTRA
TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]
TOMADOR - BENEFICIARIO	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]
ASEGURADO - BENEFICIARIO	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]

TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO ¿indique cual?	**TOMADOR - BENEFICIARIO ¿indique cual?**	**ASEGURADO - BENEFICIARIO ¿indique cual?**

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO MEDINA	**SEGUNDO APELLIDO** CAHUANA	**NOMBRES** AURA VANESSA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO **[ ]** INDEPENDIENTE **[X]** ESTUDIANTE **[ ]** RENTISTA **[ ]** SOCIO **[ ]** PENSIONADO **[ ]** AMA DE CASA **[ ]**			**CIIU** **8699**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN **C.C. [X] C.E. [ ]**	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** 1002097416	**LUGAR DE EXPEDICIÓN** PONEDERA	**FECHA DE EXPEDICIÓN** 2018-08-30
FECHA DE NACIMIENTO 2000-02-28	**LUGAR DE NACIMIENTO** SANTA LUCIA	**PROFESIÓN** AUXILIAR DE ENFERMERIA	**NACIONALIDAD** COLOMBIA
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	**ÁREA**	**CARGO**	
PAÍS	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD**	
DIRECCIÓN OFICINA	**EMAIL**	**TELÉFONO**	
DIRECCIÓN RESIDENCIA CALLE 1 A 20-32	**PAÍS RESIDENCIA** COLOMBIA	**DEPARTAMENTO** ATLANTICO	**CIUDAD DE RESIDENCIA** PONEDERA
TELÉFONO FIJO	**CELULAR** 3046375875	**EMAIL** VANESSAMEDINACAHUANA@GMAIL.COM	

¿USTED PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? SI **[ ]** NO **[X]**	**INDIQUE:**
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI **[ ]** NO **[X]**	**INDIQUE:**
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI **[ ]** NO **[X]**	**INDIQUE:**
¿ES USTED UNA PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI **[ ]** NO **[X]**	
¿ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE? SI **[ ]** NO **[X]**	
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SI **[ ]** NO **[X]**	
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI **[ ]** NO **[X]**	**ESPECIFIQUE PAÍS:**
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1	

Persona politicamente expuesta (PPE) a) Personas expuestas políticamente, conforme al decreto 1674 del 2016, b) Representantes legales de organizaciones internacionales, c) las personas que gozan de reconocimiento publico, se entiende como persona políticamente expuesta los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo: jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos político y sus familias, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales.

2. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	**NIT.**

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO**	**PRIMER NOMBRES**	**SEGUNDO NOMBRE**

TIPO DE DOCUMENTO **C.C. [ ] C.E. [ ]**	**NÚMERO DOCUMENTO**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**
LUGAR DE NACIMIENTO		**FECHA DE NACIMIENTO**	

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	**PAÍS (UBICACIÓN PRINCIPAL)**	**DEPARTAMENTO (UBICACIÓN PRINCIPAL)**

CIUDAD (UBICACIÓN PRINCIPAL)	**TELÉFONO**	**FECHA DE CONSTITUCIÓN**	**EMAIL**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	**PAÍS SUCURSAL**	**DEPARTAMENTO SUCURSAL**

CIUDAD SUCURSAL	**TELÉFONO**	**EMAIL**

TIPO DE EMPRESA	**ACTIVIDAD ECONÓMICA** INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] **CIVIL** [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] **OTRA** [ ] CUAL
	CIIU -

Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva) son personas políticamente expuestas (Según decreto 1674 de 2016)?
SI [ ] NO [ ]

Por su cargo o actividad, Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva)administran recursos públicos?
SI [ ] NO [ ] SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1

ACCIONISTAS

Indique la composición accionaria hasta llegar a la ultima persona natural, información de los accionista o socios que tengan directa o indirectamente mas del 5% de la participación en el capital social. Si dentro de la composición accionaria existiera alguna empresa, por favor informar de igual forma, las personas naturales con las mismas características ya mencionadas.
Si existiese dentro de la composición accionaria una persona políticamente expuesta, sírvase ampliar información.

TIPO ID	NÚMERO	NOMBRE	% participación	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público o maneja recursos públicos?	¿Es usted una persona expuesta políticamente?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otros países o grupo de países? Indique cual

3.INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS ANUALES	$ 17.082.000	**TOTAL ACTIVOS (A)**	$ 500.000
EGRESOS ANUALES	$ 800.000	**TOTAL PASIVOS (B)**	$ 300.000
OTROS INGRESOS (ANUALES)	$ 00	**TOTAL PATRIMONIO (A-B)**	$ 200.000
CONCEPTO OTROS INGRESOS:	-		

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO **[X]** **CUÁL** __

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [ ] NO **[X]** **¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?** SI [ ] NO **[X]**

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGURO

HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI **[ ]** NO **[X]**

RELACIONES A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA

"Declaro expresamente que:
1. La actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y este documento es veraz y verificable y la persona natural o jurídica se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la persona natural o jurídica provienen de la(s) actividad(es) descritas anteriormente."

Acepto Si

CONSIDERACIONES

1. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Cliente**. Acepto **[X]**	2. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Proveedor**. No Acepto **[X]**	3. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales **Empleado**. No Acepto **[X]**	4. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, autorizo el tratamiento de datos para fines comerciales Acepto **[X]**

POLÍTICAS

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia, y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado y la financiación del terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

3. Que no obstante lo anterior, todos los datos personales recopilados mediante este formulario de conocimiento del cliente para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable, y su tratamiento, es autorizado por el titular de la información para las finalidades mencionadas en este formulario, se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso, junto con sus decretos reglamentarios y los demás que los complementen, deroguen y modifiquen, así como bajo lo establecido por la política de privacidad de Previsora Seguros.

4. Que los datos también serán tratados para fines adicionales a los ya mencionados, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales.

Declaro expresamente:

I. Que, en nombre propio suministro mis datos personales de carácter público, privado, y en algunos casos sensible, para todos los fines precontractuales que comprende la actividad aseguradora y demás para el cumplimiento de las finalidades propias de la gestión de LA ASEGURADORA.

II. Que la información aquí consignada es cierta, veraz y verificable

III. Que expresamente autorizo a LA ASEGURADORA a realizar el tratamiento de mis datos personales y de los de la empresa que represento para lo que me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales, incluyendo datos de identificación, datos de contacto, datos financieros, así como datos biométricos como lo son las huellas, serán tratados por LA ASEGURADORA, así como por las personas naturales y/o jurídicas que en su nombre realizan actividades a nombre del Responsable, durante y después de terminada la relación contractual, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, y/o contraparte contractual de LA ASEGURADORA; ii) Verificar la información entregada en este formato, en los demás documentos que anexo y/o durante mi relación contractual como asegurado con diferentes fuentes, sean estas públicas y privadas de considerarse pertinente con el fin de comprobar mi experiencia y cumplimiento de obligaciones pecuniarias y contractuales; iii) Registrar la información en las bases de datos internas de LA ASEGURADORA; iv) Contactarme vía correo electrónico, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o telefónicamente como actividad propia de la ejecución y/o cumplimiento de la relación contractual; v) enviarme correos electrónicos, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o contactarme telefónicamente en desarrollo de actividades de mercadeo de LA ASEGURADORA; vi) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. viii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. viii) El control y la prevención del fraude. ix) La liquidación y pago de siniestros. x) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. xi) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; xii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. xiii) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. xiv) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, xv) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables, xvi) cumplimiento de obligaciones legales de LA ASEGURADORA en su calidad de aseguradora xvii) atender requerimientos de autoridades competentes en ejercicio de sus funciones; xviii) atender mis peticiones, quejas y reclamos; xix) conservarla para fines estadísticos e históricos; xx) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xxi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xxii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. xxiii) Cumplir con obligaciones legales en lo que a conservación de información y documentos se refiere.
De igual forma autorizo expresa e inequívocamente a LA ASEGURADORA a utilizar mis datos personales con fines comerciales y para ofrecerme productos y servicios propios de LA ASEGURADORA y/o de otras empresas, aliadas de LA ASEGURADORA, que sean consideradas de su interés.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA.**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. iv) **FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. v) Empresas aliadas de **LA ASEGURADORA** que requieran la información personal incorporada en este documento para hacer verificaciones y estudios de prevención del riesgo, fraude y lavado de activos de forma independiente con el fin de otorgarme productos y servicios propios, de acuerdo con mi solicitud, sin que sea necesario realizar un trámite adicional ante dichas empresas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones mis datos personales serán objeto transferencia y/o transmisión internacional para cumplir las finalidades del tratamiento, situaciones en las cuáles siempre se contará con un contrato de transmisión de información personal por parte de LA ASEGURADORA, en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013, y/o la declaración de conformidad necesaria expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio.

5. DATOS SENSIBLES: Que es facultativa la entrega de datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, a menos que resulten necesarios para el contrato a ejecutar. En consecuencia, no he sido obligado a entregarlos, y autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles recopilados por medio de este formato de conocimiento, así como durante mi contratación y durante la vigencia de mi relación contractual, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos (huellas e imágenes).

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado para responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Conozco Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer el uso que se le da a mis datos personales, actualizarlos, rectificarlos, solicitar prueba y revocar este consentimiento que otorgo, acceder gratuitamente a mis datos objeto de tratamiento por parte de LA ASEGURADORA al menos una vez al mes y/o solicitar la eliminación de cualquier dato que se encuentre en las bases de datos de LA ASEGURADORA lo cual procederá únicamente en los casos en que no tenga una relación legal o contractual vigente con LA ASEGURADORA, o esta tenga una obligación legal de conservación de información. Estos derechos podré ejercerlos por medio del siguiente correo electrónico contactenos@previsora.gov.co enviando comunicación escrita a la Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, en el teléfono 3487555 o a través del sistema PQR disponible en la página web www.previsora.gov.co.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el numeral 3 anterior, serán todos los terceros contratados para cumplir con las mismas finalidades mencionadas en este formato de conocimiento, con la realización de actividades relacionadas con las finalidades mencionadas y/o finalidades que surjan para la prestación de servicios adicionales las cuáles me serán informadas en su momento, los cuáles se encuentran obligados a mantener la información de la que tenga conocimiento bajo especiales condiciones de seguridad siendo estas, como mínimo, las mismas utilizadas por ellos en sus actividades propias, y quienes cumplirán la política de tratamiento de datos de LA ASEGURADORA para efectos de tratamiento de mis datos personales.

7. DILIGENCIAR POR EL TOMADOR CUANDO EL ASEGURADO, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO SEA UNA PERSONA DIFERENTE AL TOMADOR

Señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para asegurado, afianzado y/o beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

"COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LAS POLÍTICAS EXPUESTAS EN EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO."

Aura Vanessa Medina Cahuana
CC 1002097416
05/05/2025 05:01:06 PM

f983c1d30e2827413e3461314193afab677009eb4f999088
a3856d8a1a40faf1467e2c01d505c6846fdc9228e76280131
ab6c19217b289dc2784efdf46a13f8d

FIRMA

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LUGAR DE ENTREVISTA	FECHA			HORA	RESULTADO	
OFICINA VIRTUAL	05	05	2025	22:01	Aceptado **[X]**	Rechazado **[ ]**

OBSERVACIONES
EL CLIENTE HA SUPERADO EL PROCESO DE ENTREVISTA

NOMBRE INTERMEDIARIO FUNCIONARIO RESPONSABLE: AGENTE VIRTUAL

ANEXO No 1 INFORMACIÓN FAMILIARES PEP
Diligencie los datos de sus familiares vivos hasta el 2do. grado de consanguinidad y 2do. de afinidad, así como los datos de su cónyuge. Esto con el fin de dar cumplimiento al decreto 1674 del 2016:Padres,Abuelos,Hermanos, Hijos en común y propios, Nietos

1.DATOS FAMILIARES DEL ASEGURADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ASEGURADA							
VINCULO FAMILIAR	**TIPO ID**	**NUMERO ID**	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**ENTIDAD**	**CARGO**	**FECHA INGRESO**	**FECHA DESVINCULACIÓN**

Indique si usted cuenta con participación como socio del mas del 5% en una empresa:

RAZÓN SOCIAL	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN