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*
Polo	BERNAL	RUBIELA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1045720856 | *SEXO* F (X) M ( ) | *NACIONALIDAD* COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 01 MES 05 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO SOLEDAD

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 19 # 11 A-38

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO SOLEDAD

TELÉFONO 3004993056 EMAIL Rubypolo94@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:* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2009

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
	6	X		ENFERMERA	01	2014	41139
	2	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	11	2018	

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SEDEC CEMINSA	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	SOBANDIARGA	CEMINSAGMOTDCAN@GMAIL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3160996	DÍA 31 MES 05 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA	EQUIPOS BASICOS	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA.	AUDITORIA@BARRANQUILLA.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3399999	DÍA 08 MES 02 AÑO 2021	DÍA 10 MES 02 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUDITOR CUENTAS MEDICAS	AUDITORIA	CRA 40 # 45-46

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAJACOPI EPS		X	COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA	PQRC@CAJACOPI.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3860032	DÍA 09 MES 06 AÑO 2021	DÍA 03 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUDITOR CUENTAS MEDICAS	AUDITORIA	CRA 46 # 53-34

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA	X		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	SABANALARGA	GERENCIA@ESEHDS.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3147276282	DÍA 20 MES 11 AÑO 2019	DÍA 27 MES 11 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUDITOR CUENTAS MEDICAS	AUDITORIA	CALE 27 #9-95

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA REINA CATALINA BARRANQUILLA		X	COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
ATLANTICO	BARRANQUILLA	ATCENF@GMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3670800	DÍA 05 MES 01 AÑO 2015	DÍA 16 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	UCI NEO - UCI (P)	CALLE 82 #47-72.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UCI DE LA SABANA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
ATLANTICO	SABANALARGA.	UCIUNISAB@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3004531738	DÍA 02 MES 02 AÑO 2014	DÍA 12 MES 04 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	UCI NEO UCI P UCI ADULTO	CALLE 29 # 9-95

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	13

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SOBONDIEGA 29 ABRIL 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia



Y en su nombre la

Institución Educativa Técnico Comercial de Sabanalarga

Sabanalarga - Atlántico

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental. Resolución No 3567 de Noviembre 24 de 2004

Confiere a:

Rubiela Polo Bernal

Identificado(a) T.I. No. 94050110359 de Sabanalarga

El título de:

Bachiller Técnico Comercial

Con énfasis en Auxiliar Contable

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

Mg. Enrique C. Alvarez Herrera
C.C. No 3.758.409 de S/larga.
Rector.

Mónica J. Vizcaíno Pacheco
C.C. No 22.643.392 de S/larga.
Secretaria.

Institución Educativa Técnico Comercial Virtud y Excelencia SABANALARGA

Registro de acta de grado
Libro No 01 Acta No 09
Folio 76 No de Orden 105

Registro del diploma
Registrado bajo el N 105
Libro N 07 Folio No 57

Sabanalarga, 11 de Diciembre de 2009

Institución Educativa Técnico Comercial de Sabanalarga

Sede No. 1 "Principal" - Sede No. 2 "Javier Arango Ferrer" Sede No. 3 "Antonio Nariño"

Proyecto Educativo Sobresaliente de Colombia

Nit: 802.005.796 - 6 - CÓDIGO DANE 108638000810 - CÓDIGO ICFES: 096255

Reconocimiento Oficial Según Resolución No 3567 de Nov. 24 de 2004 de Secretaría de Educación Dptal.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO COMERCIAL DE SABANALARGA

En Sabanalarga, a los once (11) días del mes de diciembre de 2.009, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO COMERCIAL DE SABANALARGA, Institución aprobada por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución Nº 3567 de Noviembre 24 de 2.004 Jornada Única. Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Técnico Comercial con Énfasis en Auxiliar Contable

Al graduando cuyos nombres y apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

RUBIELA POLO BERNAL
T. I 94050110359 de Sabanalarga

Es fiel copia del Acta original General No. 009 de fecha 11 de diciembre del 2009, que consta de **137** estudiantes; comienza con el nombre de **Acuña Fonseca Erika Patricia** y se cierra con el nombre de **Zambrano Meza María de los Ángeles** . Firmada y sellada por el Mg. Enrique Álvarez Herrera (Rector) y Srta Mónica Farides Vizcaíno Pacheco (Secretaria)

Dada en Sabanalarga, a los 11 días del mes de diciembre del 2.009

Firmamos y sellamos

Mg. ENRIQUE ALVAREZ HERRERA
C.C.No. 3.756.409 de Sabanalarga
Rector

RECTOR

MONICA F. VIZCAINO PACHECO
C.C.No.22.643.392 de Sabanalarga
Secretaria

República de Colombia

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5124 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

Enfermera

A RUBIELA MARIA POLO BERNAL

con cédula de ciudadanía No. 1.045.720.856 de Barranquilla

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 29 días del mes de Enero de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

El Rector.

El Secretario General.

Ma. Alejandra O.
El Director del Program

Registrado en el Folio No. 4 del Libro de Diplomas 13 Secretaría General de la Universidad

13975

Universidad Simón Bolívar
Personería Jurídica: Resolución No. 1318 Noviembre 15 de 1972 de la Gobernación del Atlántico.
Resolución No. 5424 Noviembre 23 de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
NIT. 890.104.633-9

18196

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 5424 DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 2005 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, CON PERSONERÍA JURÍDICA No. 1318 DE NOVIEMBRE 15 DE 1972

ACTA DE GRADO AG-1-93

En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los Veintinueve (29) días del mes de enero del año 2014, se efectuó la ceremonia de graduación de:

POLO BERNAL RUBIELA MARIA
Documento de identificación N° 1045720856

Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.

La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Director del programa y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.

Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número 13975, que le acredita como:

ENFERMERA

Para constancia se extiende y firma la presente acta.

*Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; **MARIA ALEJANDRA OROSTEGUI SANTANDER**, Director(a) del programa y Rosario García González, Secretaria General.*

Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-1, en lo pertinente.

ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ
Secretaria General

Barranquilla, enero 29 de 2014.

Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional
Personería Jurídica Resolución No. 1318 de Noviembre 15 de 1972

Confiere el certificado de

Diplomado

En: PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD

A: RUBIELA MARIA POLO BERNAL

con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.720.856 de Barranquilla

Con una intensidad horaria de: 300 Horas

y en testimonio se expide el presente Certificado en Barranquilla a los 29 días del mes de Enero de 2014 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Secretaria General

Ma. Alejandra D.
Director Educación Continuada

Mónica Consuegra Cantillo
Director de Registro y Control

9119

Atlántico más SOCIAL | Gobernación del Atlántico

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO **08 - 3083 DE 2014**

(20 de Mayo de 2014)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional "

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

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

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

Que **RUBIELA MARIA POLO BERNAL,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.720.856 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **ENFERMERA**, según TITULO que le otorgó la **UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**, el día 29 de enero de 2014, según Acta de Grado N° AG-1-93.

Que en cumplimiento de la Resolución 00000274 del 09 de diciembre de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaria de Salud del Atlántico llevó a cabo el 22 de abril de 2014, el sorteo de plazas del SSO, el cual se realizó en las instalaciones de la ESE CARI ALTA COMPLEJIDAD.

Que **RUBIELA MARIA POLO BERNAL,** NO salió favorecido (a) en el Sorteo para cumplir el Servicio Social Obligatorio efectuado el 22 de abril de 2014 y que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, queda **EXONERADO(A)** de la obligación de prestar el Servicio Social Obligatorio y la Secretaría de Salud del Atlántico, debe autorizarle el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a **RUBIELA MARIA POLO BERNAL**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.720.856 expedida en Barranquilla - Atlántico, para ejercer la Profesión de **ENFERMERA** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 20 de Mayo de 2014.

HERNANDO JOSE VILORIA ELJACH
Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: Hilda Menco
Revisó: Oscar Sierra

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
NIT.: 860.013.798-5

EL JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO DE LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA

CERTIFICA:

Que, **RUBIELA MARIA POLO BERNAL**, con cédula de ciudadanía, No. 1.045.720.856 expedida en **Sabanalarga – Atlántico**, con código No. 143172021 curso y aprobó dos (2) semestre de la **Especialización en Auditoria de Servicios de Salud**, en esta universidad, en los periodo comprendidos 2017-2 a 2018-1 y está en proceso del grado.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesado (a) en la ciudad de Barranquilla, a los diecinueve (19) días del mes de septiembre del 2018.

FRANCO DAVID PUELLO ITURRIAGO
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE
Seccional Barranquilla
NIT.: 860.013.798-5

DE ALTA CALIDAD

EL JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO DE LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA

CERTIFICA:

Que, **RUBIELA MARIA POLO BERNAL**, con cédula de ciudadanía, No. 1.045.720.856 expedida en **Sabanalarga – Atlántico**, con código No. 143172021 curso y aprobó dos (2) semestre de la **Especialización en Auditoria de Servicios de Salud**, en esta universidad, en los periodo comprendidos 2017-2 a 2018-1 y está en proceso del grado.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesado (a) en la ciudad de Barranquilla, a los diecinueve (19) días del mes de septiembre del 2018.

FRANCO DAVID PUELLO TURRIAGO
JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL BARRANQUILLA
Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE

Seccional Barranquilla

Km. 7 Vía antigua Puerto Colombia
Conmutador: 3673800
Fax: 3598987

Miembros de la
Asociación Colombiana
de Universidades

Acta de Grado No. 348
Folio No. 348

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, siendo las 3:00 pm del día 15 del mes noviembre del año 2018, se reunieron los Doctores MAURICIO JAVIER MOLINARES CAÑAVERA, Rector Seccional, SALVADOR ANTONIO RADA JIMENEZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud y OFELIA CECILIA ARCINIEGAS ANGARITA Secretaria Academica de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 de octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10 del articulo 34, del Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre, del Egresado: POLO BERNAL RUBIELA MARIA, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1045720856 de Barranquilla, quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: **ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): POLO BERNAL RUBIELA MARIA, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Barranquilla, a los 15 días del mes de noviembre del año 2018.

Rector Seccional

El Decano

El Secretario Académico

El Graduado (a)

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Rubiela María Polo Bernal

No. 1.045.720.856 de Bolívar.

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Auditoría de Servicios de Salud

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

El Rector

El Secretario General

En la ciudad de Bolívar.
15 de Nov. del 2018
Acta 348 Folio 348 Libro 01

Oficina de Admisiones y Registro
15 de Noviembre del 2018
Registro 24299 Folio 4839 Libro de Registros 13

C.C. 163465

Jefe de Admisiones y Registro

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
DE SABANALARGA
Somos Tú Familia en el Atlántico.

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL ÁREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CERTIFICA

Que la señora **RUBIELA MARIA POLO BERNAL** , identificada con cedula de ciudadanía numero 1.045.720.856, expedida en Sabanalarga atlántico , prestó sus servicios en la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA , desempeñando el cargo como auditora desde el día 10 julio del 2018 hasta el 15 de octubre 2020, con una asignación mensual de **2.000.000 DOS MILLONES DE PESOS EN MONEDA LEGAL**..XXXX

CEMINSA

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITO AL DESPACHO DEL GERENTE CON FUNCIONES EN LAS OFICINAS DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. CEMINSA

CERTIFICA:

Que el Señor(a), **RUBIELA MARIA POLO BERNAL** identificada con la cédula de ciudadanía Numero **1.045.720.856** expedida en Sabanalarga-Atlántico, **estuvo vinculada a través de contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión sin estar sujeto a subordinación ni dependencia,** EJERCIENDO ACTIVIDADES COMO **ENFERMERA JEFE EN EQUIPOS BASICOS en la Empresa Social del Estado Centro Materno Infantil de Sabanalarga-Atlántico "E.S.E. CEMINSA",** desde el 29 de mayo hasta el 31 de diciembre de 2025; Durante este tiempo desempeño a cabalidad las tareas asignadas.

La presente se expide a petición de la parte interesada en Sabanalarga, a los (27) días del mes de enero del año Dos mil veintiséis (2.026).

JULIO DE LOS REYES SARMIENTO
Profesional Universitario
Talento Humano.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
	05	05	20252	SABANALARGA		

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

CLASE DE VINCULACIÓN

☒ TOMADOR ☒ ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ APODERADO
☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ¿Cuál? _____

TIPO DE SOLICITUD

☒ VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN
☐ ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
POLO	BERNAL	RUBIELA MARIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☒ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: 1045720856

SEXO: F X M

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☒ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
10	05	2012	SABANALARGA	01	05	1994	SABANALARGA	COLOMBIANA

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
1	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		ENFERMERA

TIPO DE ACTIVIDAD: ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☒ EMPLEADO PÚBLICO ☐ INDEPENDIENTE ☐ CIIU 8692

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
CALLE 19#11A-38 LA CONCEPCION	SABANALARGA	ATLANTICO	COLOMBIA		3004993056

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
RUBYPOLO94@HOTMAIL.COM	085001		SI ☐ NO ☒

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI ☐ NO ☒
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI ☐ NO ☒
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI ☐ NO ☒
4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒ ESPECIFIQUE: _____
5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP *? SI ☐ NO ☒ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☒
   INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A)	$ 5.000.000
TOTAL PASIVOS (B)	$ 500.000
TOTAL PATRIMONIO (A - B)	$ 4.500.000

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES	$ 1.423.500
EGRESOS MENSUALES	$ 1.300.000
OTROS INGRESOS MENSUALES	$ 80.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐
IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál _____

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

***Vinculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

***Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.

***PEP Extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admiten normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

***PEP de Organizaciones Internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. DAR DETALLE: Mis ingresos recibidos como jefe de enfermería

4. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CENTRALES DE INFORMACIÓN Y CANAL DE COBRANZA

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consiento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vínculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: **(i)** El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(ix)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; **(x)** Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; **(xi)** Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **(xii)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de SEGUROS DEL ESTADO; **(xiii)** Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xiv)** En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xv)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO.**

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por SEGUROS DEL ESTADO para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estaré habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@seguroasdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SÍ ☒

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

Canales de Cobranza: a través de este formulario, he presentado a la Aseguradora datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por la Aseguradora para realizar gestiones de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a la Aseguradora y a las entidades que esta delegue para la realización de actividades de cobranza, a que me contacten para este propósito a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, llamadas telefónicas, correspondencia física, mensajería instantánea como WhatsApp y cualquier otro medio que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de cartera (cobranza), lo indicaré por escrito a la Aseguradora y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda),o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros (si se requiere).

2. INTERMEDIARIOS

a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).

4. BENEFICIARIOS

a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

a. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Angela María Polo Bernal.

FIRMA DEL CLIENTE



HUELLA INDICE DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	___:___	OBSERVACIONES:

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
NOMBRES RUBIELA MARIA
APELLIDOS POLO BERNAL
C.C. 1.045.720.856 BARRANQUILLA
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
RUN No. 41139
Fecha de Expedición 13/NOVIEMBRE/2014


REGISTRADORA NACIONAL ANEC
Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.
Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.