



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 Polo | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Fontalvo | | | NOMBRES Viviana | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32570527 | | | | SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> | | SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1982"/> | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA LAS PALMAS CRA 6 CALLE 34D N° 6 -10 APARTAMENTO | | |
| PAÍS COLOMBIA | | DEPTO ATLÁNTICO | PAÍS COLOMBIA | | DEPTO ATLÁNTICO | |
| DEPTO ATLÁNTICO | | MUNICIPIO BARRANQUILLA | | TELÉFONO | EMAIL VIVIANAPOLO20@HOTMAIL.COM | |
| MUNICIPIO LURUACO | | | | | | |

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 | | BÁSICA SECUNDARIA | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-------------------------------------|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1999 |
| | | | | | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

EDUCACIÓN 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 | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 8 | X | | | 07 | 2005 | 08-0043 |

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3235327621 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 06 | Año | 2024 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE | | | | | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1A 4 60 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3235327621 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 05 | Año | 2024 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE | | | | | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1A 4 60 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3235327621 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 04 | Año | 2024 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO ENFERMERA PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE | | | | | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 1A 4K 40 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO ATLÁNTICO | | | MUNICIPIO SOLEDAD | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3235327621 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 02 | Año | 2024 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA PROFESIONAL | | | DEPENDENCIA ENFERMERA JEFE | | | | | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 60 68 4 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD SUMUYWAJAI | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO LA GUAJIRA | | | MUNICIPIO MAICAO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 7250876 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 04 | Mes | 01 | Año | 2010 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2011 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA | | | DEPENDENCIA PYP | | | | | DIRECCIÓN CALLE 16N ° 20 -47 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------|---------|-----|--------------|-----|----------------------------|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD IPS CASA INDIGENA DE MAICAO | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | |
| DEPARTAMENTO LA GUAJIRA | | | MUNICIPIO MAICAO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONOS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | | | Día | 03 | Mes | 03 | Año | 2009 | Día | 16 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA | | | DEPENDENCIA PYP | | | | | DIRECCIÓN Sin dirección | | | |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 9 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 3 | 3 |

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

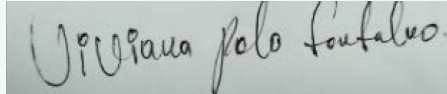
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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



JULIO 2024-SOLEDAD ATLANTICO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.570.527**

POLO FONTALVO

APELLIDOS

VIVIANA

NOMBRES

Viviana polo fontalvo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1982**

LURUACO
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

31-ENE-2001 LURUACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4801000-00246216-F-0032570527-20100727

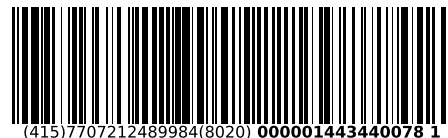
0023033299A 3

34294707

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14434400781



(415)7707212489984(8020) 000001443440078 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 5 7 0 5 2 7

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 2 5 7 0 5 2 7

27. Fecha expedición

2 0 0 1, 0 1, 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Luruaco

4 2 1

31. Primer apellido

POLO

32. Segundo apellido

FONTALVO

33. Primer nombre

VIVIANA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Luruaco

4 2 1

41. Dirección principal

CL 11 8 23 BRR SANTA CRUZ

42. Correo electrónico

vivanapolo20@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 5 3 2 7 6 2 1

45. Teléfono 2

3 0 2 3 5 4 3 5 8 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 2, 0 1

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0, 0 8, 0 3

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

2 2 2 4

52. Número

establecimientos

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

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

3

61. Fecha

2020 - 08 - 21 / 18 : 53: 27

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 SILVERA ARENAS MARIA ELVIA

985. Cargo Gestor III

| 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1.1. DE BIENES Y RENTAS | | | | |
| YO <u>Wiliam Polo Sautalao</u> | | | | |
| IDENTIFICADO CON CC & CE | | T.I. N° <u>32570524</u> | CON DOMICILIO PRINCIPAL EN | |
| Pais <u>Colombia</u> | Departamento <u>Atlántico</u> | Municipio <u>San Juan del Sur</u> | | |
| Dirección <u>calle 11 # 8-23 Sautalao</u> | | Telefonos <u>3235327621</u> | | |
| Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO | |
| <u>Doña Yaris Yisel Lopez Polo</u> | | <u>1045229782</u> | <u>Hija</u> | |
| <u>Yaris Sautalao Lopez</u> | | <u>22726605</u> | <u>Hermana</u> | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION. | | | | |
| a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron: | | | | |
| CONCEPTO | | VALOR | | |
| SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES | | | | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | - | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | | - | | |
| ARRIENDOS | | - | | |
| HONORARIOS | | - | | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | | - | | |
| TOTAL | | \$ - | | |
| b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son: | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
| <u>Banco: BBVA</u> | <u>Ahorro</u> | <u>620378695</u> | <u>Barranquilla.</u> | |
| | | | | |
| | | | | |
| c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes | | | | |
| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |

c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------|------|----|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | | N° |
| | C.C. | C.E. | T.I. | |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

3. FIRMA

Wiviana Polo Lumbales
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barranquilla 02. 1. 2024
CIUDAD Y FECHA


DAF-CAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

REPUBLICA DE COLOMBIA
ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
ANECS
TABLETA PROFESIONAL DE ENFERMERAS
NOMBRE: VIVIANA PARRA PANTALON
C.C. 28.570.577 LIBRADO
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
BOGOTA No. 84321
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO
EXPERIENCIA 02/OCT/2007 FECHA DE
ACTUALIZACION
02/OCT/2007





 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 *

32570527

Primer Nombre

viviana

Primer Apellido

polo

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6121

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-01-23→3:19:34 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|
| CC | 32570527 | VIVIANA | | POLO | FONTALVO | Vigente |

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) VIVIANA POLO FONTALVO identificado(a) con CC 32570527 registra La siguiente información:

2024-01-23→3:19:34 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---------------|-------------------------|-----------------------|--|---------------------|--|
| UNV | Local | Enfermería | 2006-11-02 | 4321 | 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).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)



**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
3202529081

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000007649 ANEXO:0

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| AGENCIA EXPEDIDORA CARRERA 47 | COO AGE: 320 | RAMO: 89 | PAP: |
| DIA MES AÑO 05 02 2025 | DIA MES AÑO HORAS 05 02 2025 23:59 | DIA MES AÑO HORAS 05 02 2026 23:59 | DIA MES AÑO 05 02 2025 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE A LAS | VIGENCIA HASTA A LAS | FECHA DE IMPRESIÓN |
| MODALIDAD FACTURACIÓN ANUAL | | | TIPO DE IMPRESIÓN REIMPRESION |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION | DIA MES AÑO HORAS 05 02 2025 23:59 | DIA MES AÑO HORAS 05 02 2026 23:59 |
| VIGENCIA DEL ANEXO | VIGENCIA DESDE A LAS | VIGENCIA HASTA A LAS |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **VIVIANA POLO FONTALVO** IDENTIFICACIÓN: CC **32.570.527**

DIRECCIÓN: **CLLE 53 9 D 75** CIUDAD: **LURUACO, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3005471401**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **VIVIANA POLO FONTALVO** IDENTIFICACIÓN: CC **32.570.527**

DIRECCIÓN: **CLLE 53 9 D 75** CIUDAD: **LURUACO, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3005471401**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **LURUACO**

DIRECCION: **VIA URBANA 0 No. 0-0 DONDE SE PRESTE EL SERVICIO**

ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|-----------------------------------|---------|------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO | | \$ 50,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA | | 50,000,000.00 | |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO | | 50,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | | 50,000,000.00 | 0.00 |
| SUSTITUCION PROVISIONAL | | 50,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | | 5,000,000.00 | 0.00 |

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **ENFERMERA**

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-PI70321MGG8G8000

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/recursos/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>

| | | | | |
|---|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL \$ ****50,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****42,325 | GASTOS EXPEDICION: \$ *****7,500.00 | IVA: \$ *****9,467 | TOTAL A PAGAR: \$ *****59,292 |
|---|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|

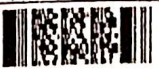
| | | | | | |
|-------------------------|-------|--------|-----------------|-------|-----------------|
| INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
| MOVILIDAD EFECTIVA LTDA | 10201 | 100.00 | | | |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR



FIRMA TOMADOR



LJCABALLERO 0

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE

CDDA207A0A0DF57E57

Carretera Rueda Serrano * Celular: 312 342 8229 * Correo electrónico: defensor@solidaria@gmail.com
Correo electrónico: marinez@aseguradorasolidaria.com

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros
GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



NIT: 901250566-7
TEL: 6052023249

RAMÓN DE LA CRUZ MENDEZ
Médico Especialista
en Seguridad y Salud en el Trabajo

CRA 49C #79-50 L2

3006760217 - 3007130703

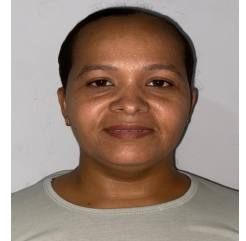
Correo: contacto@coicentrooptometricointegral.com

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: VIVIANA POLO FONTALVO
Fecha de nacimiento: 1982-08-20 **Edad:** 41 años
Dirección: Calle 53 #9d-75 - Barranquilla
Estatura (cms): 156 **Peso (kgs):** 75
Empresa: PARTICULAR
Dirección: CALLE 53 #9D-75
Cargo: CONTRATISTA

Id: CC 32570527
Genero: F
Telefono: 3235327621
Imc: 30.8 - OBESIDAD



Fecha de realización: 24-01-2024

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

CONCEPTO:

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Dieta baja en grasa y carbohidratos-,Ejercicio fisico moderado-,Fomento del autocuidado-,Posiciones ergonómicas-,Uso de epp de acuerdo al cargo

OBSERVACIONES

Paciente en buenas condiciones generales, fuerza y tono muscular conservados,signos vitales dentro de los parametros normales sin limitacion ocupacional a la fecha,

RESTRICCIONES LABORALES

No restricciones laborales a la fecha

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

| | | | | | | | | |
|----------|----------------|------------|------------|---|-------------|--------------|--------|-------|
| Auditivo | Cardiovascular | Ergonómico | Metabólico | X | Psicosocial | Respiratorio | Visual | Otros |
|----------|----------------|------------|------------|---|-------------|--------------|--------|-------|

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|---|--------------|----|----|---|--------------|----|----|---|
| REMISIÓN | SI | NO | X | REMISIÓN EPS | SI | NO | X | REMISIÓN ARL | SI | NO | X |
|----------|----|----|---|--------------|----|----|---|--------------|----|----|---|

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

Ramón De La Cruz Mendez
Salvadorista Ocupacional
Res. 2538/2014

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico

Trabajador: VIVIANA POLO FONTALVO
CC 32570527

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **VIVIANA POLO FONTALVO** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 32.570.527** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130620000200378695** aperturada el **02 de octubre de 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **620378695**


10 dígitos: **0620378695**

16 dígitos: **0620000200378695**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **24 de enero de 2024** a las **16:07**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO