



# UNIVERSIDAD METROPOLITANA CIENCIAS DE LA SALUD

**Acta de Grado: Programa de ENFERMERIA**

**CODIGO: E-62-1826-05**

**Otorgada a VIVIANA POLO FONTALVO**

**C.C. No. 32.570.527 de Luruaco -Atl.**

En Barranquilla a los 15 días del mes de julio de 2005 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**C.C. No. 32.570.527 de Luruaco -Atl.**

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:


**ENFERMERA**

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 15 días del mes de julio de 2005

  
**EDUARDO ACOSTA BENDECK**  
Rector

  
**JESÚS SÁEZ DE IBARRA**  
Vice-Rector

  
**Alba Ilinas de Reyes**  
Directora del Programa de  
ENFERMERIA





EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

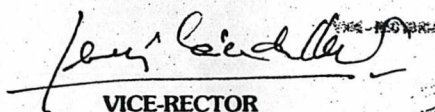
VIVIANA POLO FONTALVO

C.C.No. 32.570.527 de Luruaco

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS  
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

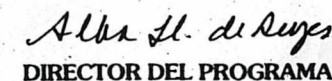
## ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

  
VICE-RECTOR

  
RECTOR



  
DIRECTOR DEL PROGRAMA





**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**  
NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 32570527**

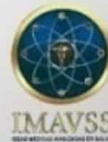
**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD Y EDUCACIÓN S.A.S**  
**NIT 901.560.863-1**

# **CERTIFICA QUE**

## **VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 32570527**

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA COMUNITARIO (AIEPI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

**ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 13 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.**

**Enrique Hernando Cortes Burgos**  
**GERENTE**



**Enrique Hernando Cortes Burgos**  
**REPRESENTANTE LEGAL**

**VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA**

**DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD**



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 32570527**

**Asistió al Curso de:**

**ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**IMAVSS**  
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 32570527**

**Asistió al Curso de:**

**INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**

**NIT 901.513.529-4**

*Certifica que:*

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 32570527**

**Asistió al Curso de:**

**GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**IMAVSS**  
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



**IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD**  
NIT 901.513.529-4

*Certifica que:*

**VIVIANA POLO FONTALVO**

**IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 32570527**

**Asistió al Curso de:**

**VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)**

**Con una intensidad horaria de 45 Horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL


**Carlos Andrés Losada Meñaca**  
GERENTE GENERAL



**Dancy Sidney Monje Pérez**  
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.  
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD  
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO [academico@imavss.com](mailto:academico@imavss.com) O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



 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

6625


**Resultado General -2024-01-24→1:16:39 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:**

**2024-01-24→1:16:39 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

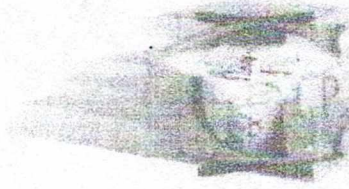
Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)





IPS CASA INDIGENA DE MAICAO  
*Marcelo Ramirez*

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA IPS CASA INDIGENA DE MAICAO MARCELO RAMIREZ EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES QUE LE CONFIERE LA LEY**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **VIVIANA POLO FONTALVO** identificada con Cedula de Ciudadanía N° 32.570.527 expedida en Luruaco (Atlántico) Labora en ésta Institución desde el 03 de marzo del 2009 hasta el 16 de diciembre de 2009. Desempeñándose en el cargo de Enfermera Jefe, con un salario de **NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/L (\$920.000)** demostrando responsabilidad y honestidad con sus deberes laborales y personales.

Para mayor constancia se firma a solicitud del interesado, en la ciudad de Maicao (Guajira) a los Dieciséis (16) días del mes de Diciembre de 2009.

Atentamente,

*Telemina Fernandez Paz*  
**TELEMINA FERNANDEZ PAZ**  
Gerente  
IPS. CASA INDIGENA DE MAICAO



Gobernación  
del Atlántico



Al contestar por favor cite:

Radicado No.: 20180930014401

Pag 1 de 1

LA SUSCRITA SUBSECRETARIA DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

CERTIFICA

Que revisado los archivos de esta Secretaría se constató que **VIVIANA POLO FONTALVO** identificado(a) con cedula Nro. **32570527** suscribió con el Departamento del Atlántico – Secretaría de Salud, contrato(s) de prestación de servicio tal como se describe a continuación:

**Contrato No. 0155\*2017\*001257**

Objeto: COMO AGENTE PRIMARIO EN SALUD (ETV) DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO" DE ACUERDO CON LOS ESTUDIOS PREVIOS PROPUESTA Y/O ACEPTACION PRESENTADO POR EL CONTRATISTA Y ACTA DE INICIO LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES.

Valor: \$ 2.250.000  
Fecha Inicio: 15/11/2017  
Fecha Fin: 29/12/2017

Se expide la presente en Barranquilla, a solicitud del interesado, el 23 de enero de 2018

DILIA BERDUGO BOJANINI  
Subsecretaria de Desarrollo Administrativo

[www.atlantico.gov.co](http://www.atlantico.gov.co)

Calle 40 Cra. 45 y 46 - Teléfono (57 + 5)3307000 -  
Fax (57 + 5)3307444 Barranquilla, Colombia



gobatl

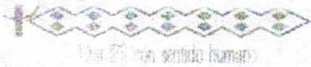


@gobernaciondelatlantico



gobatlantico





**EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA  
INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD INDIGENA  
SUMUYWAJAT**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **VIVIANA POLO FONTALVO** identificada con Cedula de Ciudadanía No 32.570.527 expedida en Luruaco - Atlántico se desempeñó en esta Institución como **ENFERMERA JEFE** desde el cuatro (4) de Enero de 2010 hasta el Treinta y uno (31) de Diciembre de 2011.

Para mayor constancia se firma la presente certificación a solicitud del interesado a los Tres (03) días del mes de Enero del año 2.012

**EDGAR PAZ OSPINO**  
Coordinador Administrativo





**I.P.S FUNDACION LUGAR DE ENCUENTRO SAN FRANCISCO DE ASIS**

*Toda persona en desgracia tiene el derecho a ser protegida*

NIT: 900.643.615-3

**CERTIFICACION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**FUNDACIÓN LUGAR DE ENCUENTRO SAN FRANCISCO DE ASIS**

**CERTIFICA QUE**

La señora **VIVIANA POLO FONTALVO** identificada con cedula de ciudadanía No. 32.570.527 de Luruaco Atlántico, prestó sus servicios profesionales, mediante contrato de prestación de servicios, en esta entidad desde el cuatro (04) de febrero de 2019 hasta el tres (03) de mayo de 2019 como **ENFERMERA JEFE**.

Se expide la presente para efectos de certificación de experiencia, a los once (11) días del mes de junio de 2019.

**ALEXANDRA CUBILLOS JACIR**  
Directora Administrativa

\*Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado\*



\* 0 1 B 1 5 6 9 2 4 2 0 \*



\* 0 1 0 9 6 3 7 5 8 0 \*

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN  B. REPORTE DE NOVEDADES   
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Colizante o cabeza de familia  b) Beneficiario o afiliado adicional  B. Colectiva  C. Institucional  D. De oficio   
3. RÉGIMEN: C. Contributivo  S. Subsidiado   
4. TIPO DE AFILIADO: CO Colizante  CF Cabeza de Familia  BE Beneficiario   
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente  B. Independiente  C. Pensionado  D. Independiente por prestación de servicio   
CÓDIGO: FECHA DE LA SOLICITUD: 20/09/2020

6. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)  
8. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO: Polo Segundo APELLIDO: Fontolajo PRIMER NOMBRE: VIVIANA Segundo NOMBRE:  
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC PE NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 32570521 SEXO: F MA 10. FECHA NACIMIENTO: 20/09/82

11. ORIGEN: Tipo F N M Condición T P 12. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: LOCALIDAD / COMUNA: BARRIO:  
CIUDAD / MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: ZONA: U. R. TELÉFONO FIJO:  
TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO: CÓDIGO IPS:

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO: Segundo APELLIDO: PRIMER NOMBRE: Segundo NOMBRE:  
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI. CC. CE. PA. CD. SC. PE. 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 22. SEXO: F M 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO CÓDIGO IPS:

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNA	31. DISCAPACIDAD
1								
2								
3								
4								

32. DATOS DE RESIDENCIA

Nº	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO REALIZADO POR BIE	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1												
2												
3												
4												

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO  
35. Nombre o Razón Social: 36. Tipo documento de identidad: 37. Número documento de identidad: DV 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:  
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: FECHA INICIO DE RELACION LABORAL: CARGO: SALARIO:

B. REPORTE DE NOVEDADES  
40. TIPO DE NOVEDAD:  
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN   
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN   
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD   
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS   
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS   
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS   
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES   
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES   
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR   
10. TERMINACIÓN DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO   
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS   
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS   
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO   
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN  B) DIFERENTE RÉGIMEN   
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO   
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE   
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO   
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD  
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO: Segundo APELLIDO: PRIMER NOMBRE: Segundo NOMBRE:  
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO 43. EPS ANTERIOR: Código 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES  
Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) Identificado(a) con No. desde el día del mes del año  
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí  
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción  
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad  
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud  
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales  
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran  
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013  
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular con fines de notificación de texto

VIII. FIRMAS  
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario  
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS  
56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PE Total  
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.  
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.  
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.  
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.  
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.  
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.  
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.  
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.  
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL  
66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio Código del departamento 67. Datos del SISBEN: Número de ficha Puntaje Nivel 68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO 69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO  
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre  
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VIVIANA POLO FONTALVO** identificado con **CC No. 32570527**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD - N. 802013023	<b>Fecha de afiliación:</b> 02/02/2024 <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 02/02/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/02/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 31/03/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 3 <b>Cargo :</b> ENFERMERA JEFE

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101239755.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **VIVIANA POLO FONTALVO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, **32.570.527** expedida en **LURUACO** actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

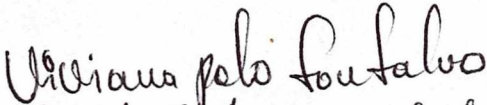
Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 02 de Enero de 2024

Firma:   
C.C 32570527  
Nombre: Viviana polo fontalvo



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN  
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 02 de Enero de 2024.

Firma: *Viviana Polo Fautalvo*

Nombre: *Viviana Polo Fautalvo*

Identificación: *32570527*

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, VIVIANA POLO FONTALVO identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 32.570.527 de LURUACO, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD, manifiesto que me encuentro actualmente afiliado(a) a la aseguradora de riesgos laborales POSITIVA y me comprometo a pagar mensualmente a la administradora de riesgos laborales los aportes correspondientes a la suscripción del contrato de prestación de servicio.

Yo, VIVIANA POLO FONTALVO identificado (a) con C.C. No. 32.570 de LURUACO, en mi condición de contratista independiente de la E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD autorizo realizar mi afiliación y/o traslado a la **ASEGURADORA POSITIVA ARL**

SI  NO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 53 N°9D-75 Barrio La sierra - Barranquilla
NUMERO DE TELÉFONO	3235327621
CORREO ELECTRÓNICO	Vivianapolo20@hotmail.com
FONDO DE PENSIÓN	Colpensiones
EPS A LA CUAL ESTOY AFILIADA ACTUALMENTE	Nueva EPS Subsidiada

firma *Viviana polo fontalvo*

cc 32570527

**Solicitamos diligenciar el formato en letra tipo imprenta**