	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSION 1	Código: FR-RH-97	
Empresa Social del Estado Solución Salud	DOCUMENTOS DE PROVEEDOR PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN.	FECHA VIGENCIA 2024/06/21	DOCUMENTO CONTROLADO	GOBERNACIÓN DEL META

NOMBRE: Rafael P. **OCUPACIÓN:** _____ **PROGRAMA:** Pagos X

No.	DOCUMENTOS PROVEEDOR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Propuesta	✓		
2	Formato único hoja de vida de la función pública. SIGEP II	✓		
3	Publicación proactiva declaración bienes rentas y registro de conflicto de interés	✓		
4	Copia documento de identificación. (copia de ambas caras legibles)	✓		
5	Foto Reciente 3 x 4, en físico o digital	✓		
6	Soportes que acrediten la formación académica consignada en la hoja de vida. (Diploma y Acta de Grado)	✓		
7	Soportes que acrediten la experiencia consignada en la hoja de vida.	✓		
8	Copia del Registro Unico Tributario RUT. (Vigente)	✓		
9	Aporte documento que acredite su situación militar definida (hombres menores de 50 años), este requisito se validará en la etapa de selección del proveedor.	✓		
10	Certificación bancaria de la cuenta en que se harán los pagos pactados (No mayor a 30 días)	✓		
11	Certificado afiliación sistema de salud, planilla afiliación o copia de ADRES, como cotizante nivel contributivo y certificado de afiliación a pensión - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
12	Certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
13	Certificado de antecedentes fiscales, expedido por Contraloría General de la República - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
14	Certificación de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
15	Certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, RNMC - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
16	Certificación de antecedentes de delitos sexuales, expedido por la Policía Nacional de Colombia, Decreto No.753 de 2019 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
17	Certificado del registro de deudores alimentarios morosos (REDAM), expedido por la autoridad competente, Ley 2097 del 2 de julio del 2021 - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
18	Declaración SARLAF – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
19	Certificación de Compromiso de Seguridad y Confidencialidad - Persona Natural. (No mayor a 30 días)	✓		
20	Certificado médico de salud ocupacional legible, expedición no mayor a un (1) año – Área de la Salud / No mayor a dos (2) años - Administrativos	✓		
21	Certificado de antecedentes disciplinarios legible expedido por la entidad correspondiente (cuando aplique según la profesión. Ejemplo: Médicos certificación del Tribunal Nacional de Ética Médica)			
22	Tarjeta profesional legible			
	DOCUMENTOS ADICIONALES			
23	Certificado en Atención Integral en Víctimas de Violencia Sexual – (Personal Asistencial)			
24	Carnet de Vacunación que incluya vacuna fiebre amarilla y Hepatitis B - (Personal Asistencial)			
25	Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud – RETHUS (Si aplica)			
26	Póliza Responsabilidad Civil. (Médicos y especialistas - 200 SMMLV) - (Enfermero, Odontòlogo. Bacteriòlogo - 100 SMMLV)			
27	Diagnóstico y manejo clínico de dengue (OPS). (Si aplica)			
28	Humanización del Servicio. (Si aplica)			
29	Certificación Regentes, expedida por la Secretaria de Salud del Meta. (Si aplica)			
30	Servicio al ciudadano – Certificado de Competencias Laborales. (Si aplica)			
31	Carnet Vacunas - Covid -19. (Si aplica)			
32	Curso en Alturas. (Si aplica)			
33	Certificación del curso de Enfoque Psicosocial para la atención Integral en Salud de población Víctima del conflicto armado - PAPSIVI, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o una entidad certificada en formación académica.			
	MÉDICO			
34	Certificación en curso de 40 horas en Soporte Vital Avanzado.			
35	Constancia de asistencia en las acciones de formacion continua para la gestion del duelo.			
36	Constancia de formacion continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
37	Certificado de Donación de órganos.			
38	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT.			
	ENFERMERA/O (Los nueve (9) cursos) / **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** (Numerales 39, 40, 41, 42,43)			
39	Certificación en Programa Ampliado de Inmunización PAI.			
40	Toma de Citología.			
41	Soporte Vital Avanzado 40 horas - Enfermera / Soporte Vital Básico 20 horas – Auxiliar de enfermería.			
42	Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.			
43	Constancia de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.			
44	Manejo del dolor y cuidados paliativos.			
45	Asesoría de VIH.			
46	Lineamientos técnicos para la atención integral de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda DNT			
47	Retiro e Inserción de Implantes.			
	ODONTOLÓGO / TÉCNICO EN RADIOLOGÍA			
48	Curso en Radio Protección			
49	Otros			

NOTA 1: Las certificaciones que acreditan los cursos requeridos, debe tener vigencia no mayor a dos (2) años. Los documentos se deben aportar en una Carpeta cuatro aletas desacificada, color blanco.

NOTA 2: El proveedor debe estar registrado en la Plataforma Transaccional del Sistema Electrónico de Contratación pública - SECOP II y en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público al servicio de la administración pública y de los ciudadanos – SIGEP II.

Los documentos de proveedor mencionados aplica para los Profesionales, Tecnológos, Técnicos, auxiliares administrativos y auxiliares de mantenimiento, del área Asistencial y Administrativa de La Empresa Socila del Estado del Departamento de Meta - E.S.E "SOLUCIÓN SALUD"

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
POLANIA	CORNELIO	RAFAEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 2387732	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 2387732 D.M. 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 05 AÑO 1963

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO SUÁREZ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 25 5 25 Barrio parte alta Mapiripan

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO MAPIRIPAN

TELÉFONO 3112370409 EMAIL rapoco1963@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1983

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	12	1983	607/2007

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* AREA DE RADIOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 Villavicencio Meta					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMA	*DEPENDENCIA* AREA DE RADIOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 VILLAVICENCIO - META					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAE	*DEPENDENCIA* AREA DE RADIOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 VILLAVICENCIO - META.					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 Villavicencio - Meta					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 Villavicencio - Meta					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6610200	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VAUPÉS	*MUNICIPIO* MITÚ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125102323	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 25 Mitú - Vaupés						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VAUPÉS	*MUNICIPIO* MITÚ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5642195	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* RX						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A ° 15 a 127					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD KIOS S.A.S SOLUCIONES INTUTUCIONALES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VAUPÉS	*MUNICIPIO* MITÚ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6722040	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* IMAGENOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 40 26 09 EMPORIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VITAL CORPORATIVA S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* IMAGENOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 40 26 09 BARRIO EMPORIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112370409	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	03	*Año*	2012	*Día*	14	*Mes*	09	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* IMAGENOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 37N °41 80 BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEDA SALUD C.T.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3115993678	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2010	*Día*	06	*Mes*	09	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAG	*DEPENDENCIA* IMAGENOLOGIA Y RADIOLOGIA.						*DIRECCIÓN* CALLE 33N °39 21 BARRIO BARZAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	8	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Mapiripan, Septiembre 28/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

[ARForSuAm]

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595

Fecha: 04/01/24
Hora: 09:15:11
Página: 1

FORMULA MEDICA

Vigencia: 30 Días

Paciente: CC 40285183 EBLIS DADGENY TORRES ACERO
Edad: 52 AÑOS Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019
Dx Principal: M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO
Dx Relacionado:
Dx Relacionado:
Folio No. 73 Fecha de Formulación: 04/01/2024 09:15:02

40285183$73

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	DICLOFENACO SODICO SOL INY X 75 MG/3 ML CONC: 75MG/3ML FORMA :SOLUCION INYECTABLE	1,00 AMP	INTRAMUSCULA	Dosis Única	1	1,00
Indi:	ADMINISTRAR AMPOLLA IM DU						

Profesional

YOHANA ISABEL ARAGON JARABA
Reg. Med. 1082836999
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

04 ENE 2024

1 jeringa de 5ml.

04 ENE 2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-11-03 09:09

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RAFAEL		POLANIA	CORNELIO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	2387732

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	SUÁREZ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	MAPIRIPAN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Dirección	["Calle 37 No. 41 - 80"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$42.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$5.200.000,00
TOTAL	$47.200.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.200.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
ARRIENDO, ALIMENTACION Y VESTUARIO	$21.600.000,00

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

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

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

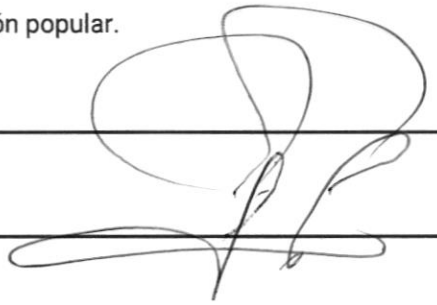
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:




REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 2.387.732
POLANIA CORNELIO
APELLIDOS
RAFAEL
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1963
SUAREZ
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
09-NOV-1981 SUAREZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5200100-00153787-M-0002397732-20090327
0010538710A 1
8760023306

República de Colombia

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Rafael Polania Cornelio

C.C. No. 2.387.732 de Suárez Tolima

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de :

Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnósticas

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C. Diciembre 15 de 2006

Rector

Secretario General

Director

Tomo 3 *Folio 7* *Registro 11109* *Fecha Diciembre 15 de 2006*

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de actas, se encuentra el Acta de Grado 323, que expresa: En Bogotá D.C., el 15 de diciembre de 2006 a las 16:00 horas convocados por Resolución No. 181 del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, el Director del Programa de Tecnología en Radiología e Imágenes Diagnósticas, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **RAFAEL POLANIA CORNELIO** con cédula de ciudadanía Número 2387732 de Suárez - Tolima, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedor a recibir el título de **TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No 037 del 23 de julio de 1991. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 3, Folio 7, número 11109.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS, Director del Programa.
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 15 de diciembre de 2006.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA — SECRETARIA GENERAL

SEDE ADMINISTRATIVA BOGOTÁ
Calle 71 Nº 13-21 PBX: 346 6600 Fax: 313 1076

SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ
Transv. 15 Nº 69-35 PBX 212 6320 - 2172045

Líneas Nacionales: 019003310032 - 018000110032
A. A. 50814 Bogotá, D. C. Colombia
www.areandina.edu.co

SECCIONAL PEREIRA
Carrera 9 Nº 23-22
PBX: 325 5992 / 93 / 94
Fax: 325 5995

SEDE IBAGUE
Calle 5 Nº 3A -25/27 Barrio La Pola
Tels.: 262 3046 / 64 - 262 31 76
Fax: 262 3064

SEDE VALLEDUPAR
Calle 14 Nº 8 - 16
Tels.: 574 4974 - 580 3333

COMO NOTARIO SEXTO DEL CIRCULO DE SANTA
BOGOTA, HAGO CONSTAR QUE LA(S) FIRMA(S)

COINCIDE(N) CON LA FIRMA REGISTRADA POR
EL (ELLOS) EN ESTA NOTARIA
SANTAFE DE BOGOTA. 15 ENE 2007

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEXTA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 607 *de* 22/01/2007

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) POLANIA CORNELIO RAFAEL Identificado(a) con CC número 2387732 expedida en SUAREZ - TOL solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TECNOLOGO(A) EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGN. otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 15/12/2006 y registrado en el libro 3 Folio 7 año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a POLANIA CORNELIO RAFAEL identificado(a) con CC número 2387732 expedida en SUAREZ - TOL para ejercer la profesión de TECNOLOGO(A) EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGN. en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **22/01/2007**
ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS.
Directora de Desarrollo de Servicios.
Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C Enero 26/07
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) [illegible]
CC. # 2'387732 Suarez (Tol).
Firma

GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



RAFAEL
POLANIA CORNELIO
CED2.387.732
Registro No 607 BOGOTA

TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAGEN DIAGNOSTICAS

System Card

"El jefe del Departamento de Seguridad Social; Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carné cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
Enero /2007

FERNEY SANDOVAL RODRIGUEZ
Jefe Departamento de Seguridad Social
Inspección, Vigilancia y Control

GOBERNACIÓN DEL META

SECRETARIA DE SALUD

Carné Protección Radiologica

DEPARTAMENTO DEL META



RAFAEL

POLANIA CORNELIO

C.C.2.387.732

PROTECCION RADIOLOGICA CAT.II

Secretario de Salud del Meta

"El presente carné es válido para dar cumplimiento a la resolución 9031 del 12 de Julio/90 del Ministerio de Salud"

systemcard

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado

GOBERNACIÓN DEL META

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD

CERTIFICA:

Que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO** identificado con cedula de ciudadanía No.2.387.732, se encuentra vinculado contractualmente con la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE Solución, sin subordinación laboral, conservando su autonomía e Independencia, mediante Contratos de Prestación de Servicios, como se describe a continuación:

Contrato No.495 de 19 marzo al 30 de junio de 2021

-Objeto: prestación de servicios de Técnico de rayos X de la ESE Solución Salud" del Meta.
-Plazo: tres (3) meses, doce (12) días
-Valor: siete millones ochocientos veinte mil pesos ($7.820.000) Mcte.

Contrato No.836 de 1 julio al 30 de septiembre de 2021

-Objeto: prestación de servicios de Técnico de rayos X de la ESE Solución Salud" del Meta.
-Plazo: tres (3) meses
-Valor: seis millones novecientos mil pesos ($6.900.000) Mcte.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los 4 días del mes de agosto de 2021.

LYDA SUSANA GUTIERREZ MUÑOZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
ESE SOLUCION SALUD

Elaboro Angela P. Ospina. Oficina Jurídica

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VAUPES
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT 845000038-5

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de esta entidad se encontró que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO,** identificado con cédula de ciudadanía No. **2.387.732 de Suarez, Tolima**, prestó y cumplió sus servicios Técnicos en la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU, así:

CONTRATO No.281 DEL 01 DE AGOSTO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018. OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PARA LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO.

Dentro de las actividades desarrolladas por el contratista se encuentran las siguientes:
II. **ESPECÍFICAS**: 1) Prestar los servicios de tecnólogo en radiología a los pacientes del Hospital. 2) Llevar un registro diario de las actividades o estudios radiográficos realizados. 3) Mantener actualizado los manuales de normas y procedimientos del área de Radiología. 4) Mantener actualizada las hojas de vida de los equipos del área. 5) Velar por el oportuno y adecuado mantenimiento preventivo y reparación de los equipos a su cargo. 6) Informar oportunamente y gestionar las necesidades ante el superior inmediato las necesidades de insumos y equipos del área. 7) Colaborar en el área de odontología en la toma de imágenes dentales.

Esta certificación no genera vínculo laboral, debido a que el contratista no cumplía horario, y realizaba las actividades de manera independiente.

Se expide la anterior certificación a solicitud del interesado, en Mitú, Vaupés, a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2018.

MARIO ALFONSO BARBOZA LIDUEÑAS
Gerente (E)
Según Resolución N°597 de Noviembre 30 de 2018.

Proyectó: Alba R, Aux. Administrativo Jurídica.
Revisó: Bastidas D, Abogado HSAM.
Aprobó: Barboza M, Gerente (E).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VAUPES
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT 845000038-5

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de esta entidad se encontró que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO,** identificado con cédula de ciudadanía No. **2.387.732 de Suarez, Tolima**, prestó y cumplió sus servicios Técnicos en la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU, así:

CONTRATO No.077 DEL 12 DE ENERO DE 2018 AL 31 DE JULIO DE 2018. OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO TÉCNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PARA LA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO.

Dentro de las actividades desarrolladas por el contratista se encuentran las siguientes:
II. ESPECÍFICAS: 1) Prestar los servicios de tecnólogo en radiología a los pacientes del Hospital. 2) Llevar un registro diario de las actividades o estudios radiográficos realizados. 3) Mantener actualizado los manuales de normas y procedimientos del área de Radiología. 4) Mantener actualizada las hojas de vida de los equipos del área. 5) Velar por el oportuno y adecuado mantenimiento preventivo y reparación de los equipos a su cargo. 6) Informar oportunamente y gestionar las necesidades ante el superior inmediato las necesidades de insumos y equipos del área. 7) Colaborar en el área de odontología en la toma de imágenes dentales.

Esta certificación no genera vínculo laboral, debido a que el contratista no cumplía horario, y realizaba las actividades de manera independiente.

Se expide la anterior certificación a solicitud del interesado, en Mitú, Vaupés, a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2018.

MARIO ALFONSO BARBOZA LIDUEÑAS
Gerente (E)
Según Resolución N°597 de Noviembre 30 de 2018.

Proyectó: Alba R, Aux. Administrativo Jurídica.
Revisó: Bastidas D, Abogado HSA
Aprobó: Barboza M, Gerente (E).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VAUPES
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT 845000038-5

100-101

LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de esta entidad se encontró que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO,** identificado con cédula de ciudadanía No. **2.387.732 de Suarez, Tolima**, prestó y cumplió sus servicios Técnicos en la E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU, así:

- **CONTRATO No.075 DEL 10 DE ENERO DE 2020 AL 30 DE ABRIL DE 2020.** Con **PRORROGA** al contrato por el término de un (01) mes que va desde **01 DE MAYO HASTA EL 31 DE MAYO DE 2020, con OBJETO**: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS O RAYOS X DEL HOSPITAL DE MITÚ.

  Dentro de las actividades desarrolladas por el contratista se encuentran las siguientes:
  I. **ESPECÍFICAS**: 1) Cumplir con el objeto del presente contrato 2) Prestar los servicios de tecnólogo en radiología los pacientes del hospital. 3) Llevar un registro diarios de las actividades o estudios radiográficos realizados. 4) Mantener actualizados los manuales de norma y procedimientos del área de radiología 5) Mantener actualizada las hojas de vidas de los equipos del área. 6) Velar por el oportuno y adecuado mantenimiento preventivo y reparación de los equipos a su cargo. 7) Informar oportunamente y gestionar las necesidades ante el superior inmediato las necesidades de insumos y equipos del área. 8) Apoyar al área de odontología en la toma de imágenes dentales

Esta certificación no genera vínculo laboral, debido a que el contratista no cumplía horario, y realizaba las actividades de manera independiente.

Se expide la anterior certificación a solicitud del interesado, en Mitú, Vaupés, a los nueve (09) del mes de junio de 2020.

Atentamente;

JOHANA FAISULY GUEVARA ORTIZ
Gerente
E.S.E Hospital San Antonio

Proyectó y Revisó Aspectos Jurídicos: Lexius Asesoría S.A.S (RPL Abg. Giovanny Humberto Duran Romero) – Asesores Externos

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VAUPES
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT 845000038-5

100-101

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de esta entidad se encontró que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **2.387.732 de Suarez, Tolima**, actualmente se encuentra vinculado con la ESE Hospital San Antonio de Mitú, bajo la modalidad de prestación de servicios; percibiendo unos honorarios mensuales de $3.520.000 por sus servicios prestados, así:

- **CONTRATO No.026 DEL 08 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019. OBJETO:** PRESTAR SUS SERVICIOS COMO TÉCNICO Y/O TECNÓLOGO EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS O RAYOS X DEL HOSPITAL DE MITÚ. Que, por lo anterior el valor total del contrato es por la suma de CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS **($41.418.667 M/cte)**.

  Dentro de las actividades desarrolladas por el contratista se encuentran las siguientes:
  I. **ESPECIFICAS: 1)** Cumplir con el objeto del presente contrato **2)** Prestar los servicios de tecnólogo en radiología a los pacientes del Hospital. **3)** Llevar un registro diario de las actividades o estudios radiográficos realizados. 4) Mantener actualizado los manuales de normas y procedimientos del área de Radiología. **5)** Mantener actualizada las hojas de vida de los equipos del área. **6)** Velar por el oportuno y adecuado mantenimiento preventivo y reparación de los equipos a su cargo. **7)** Informar oportunamente y gestionar las necesidades ante el superior inmediato las necesidades de insumos y equipos del área. 8) Colaborar en el área de odontología en la toma de imágenes dentales **9)** presentar informe de actividades realizadas y entregarla al supervisor del contrato para el respectivo pago.

Esta certificación no genera vínculo laboral, debido a que el contratista no cumplía horario, y realizaba las actividades de manera independiente.

Se expide la anterior certificación a solicitud del interesado, en Mitú, Vaupés, a los diez (10) días del mes de diciembre de 2019.

Atentamente:

LUIS EDUARDO EUSSE CARO
Gerente
ESE Hospital San Antonio de Mitú

Proyectó: Builes D, Auxiliar Administrativo Oficina Jurídica HSAM
Revisó: Moreno G, Asesor Jurídico HSAM
Aprobó: Eusse L, Gerente HSAM

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VAUPES
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO
NIT 845000038-5

EL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de esta entidad se encontró que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO,** identificado con cédula de ciudadanía No. **2.387.732 de Suarez, Tolima**, prestó y cumplió sus servicios Tecnicos en la ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE MITU, así:

CONTRATO No. 342 DEL 12 DE JULIO DE 2017 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017. OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICO COMO **TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES Y DIAGNOSTICA** EN EL AREA DE RAYOS X DEL HOSPITAL SAN ANTONIO.

Dentro de las actividades desarrolladas por el contratista se encuentran las siguientes:
II. ESPECÍFICAS: 1) Prestar los servicios de tecnóloga en radiología a los pacientes del Hospital. **2)** Llevar un registro diario de las actividades o estudios radiográficos realizados. **3)** Mantener actualizado los manuales de normas y procedimientos del área de Radiología. **4)** Mantener actualizada las hojas de vida de los equipos del área. **5)** Velar por el oportuno y adecuado mantenimiento preventivo y reparación de los equipos a su cargo. **6)** Informar oportunamente y gestionar las necesidades ante el superior inmediato las necesidades de insumos y equipos del área. **7)** Colaborar en el área de odontología en la toma de imágenes dentales.

Esta certificación no genera vínculo laboral, debido a que el contratista no cumplía horario, y realizaba las actividades de manera independiente.

Se expide la anterior certificación a solicitud del interesado, en Mitú, Vaupés, a los veinte (20) días del mes de Noviembre de 2017.

LUIS EDUARDO EUSSE CARO
Gerente
E.S.E Hospital San Antonio.

Proyectó: Alba R, Aux. Oficina Juridica HSA.
Revisó: Bastidas D, Abogado HSA.
Aprobó: Eusse L, Gerente HSA.

EPARTA MENTO DEL META
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
RECURSOS HUMANOS
892000501-5

Villavicencio, 12 de Mayo de 2009

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO

AREA DE RECURSO HUMANO

HACE CONSTAR

Que, revisados los archivos del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
El señor **RAFAEL CORNELIO POLANIA,** con cèdula de ciudadanìa No. 2.387.732 de Suareaz (Tolima), ha prestado sus servicios a esta Institución como **TECNICO DE RX,** mediante Contratos de Prestación de Servicios según la siguiente relación:

Orden de Prestación de Servicios del 1 al 30 de diciembre de 2007, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 31 de enero de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 29 de febrero de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 31 de marzo de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 30 de abril de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 31 de mayo de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 30 de septiembre de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 31 de octubre de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.
Orden de Prestación de Servicios del 1 al 30 de noviembre de 2008, por un valor mensual de $ 1500.000 moneda corriente.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor **RAFAEL POLANIA CORNELIO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 2387732, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	RAFAEL
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	POLANIA
Segundo Apellido:	CORNELIO
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	2387732
Estado Tarjeta Militar:	RESERVISTA - 2DA CLASE

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 29 días del mes de SEPTIEMBRE de 2026, a las 11:32:45.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141148401512

(415)7707212489984(8020) 000014114840151 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 3 8 7 7 3 2	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 8 7 7 3 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Suárez 7 7 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POLANIA	CORNELIO	RAFAEL	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CR 6 A N 5 B 40 M I

42. Correo electrónico rapoco1963@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 3 7 0 4 0 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 1	2 0 0 6 1 2 1 5				3 1 3 3	

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	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3
54. Código	57. Modo
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 POLANIA CORNELIO RAFAEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

24

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

VILLAVICENCIO, **27/01/2026**
META,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor RAFAEL POLANIA CORNELIO** con **Cédula de Ciudadanía** número **2387732**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488421672285**
Fecha de apertura	**10/06/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RAFAEL POLANIA CORNELIO identificado(a) con CC 2387732 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**17/03/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO VILLAVICENCIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 03 días del mes noviembre del 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

RAFAEL POLANIA CORNELIO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **2.387.732** se le aprobó la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA** SIMPLE a partir del 01 de Julio de 2025 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de PENSIONADO.

La presente certificación se expide el 22 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

La afiliación a la EPS en calidad de pensionado el pagador es el Fondo de Pensiones Porvenir S.A. NIT 800.224.808.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 17:36:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	2387732
Código de Verificación	2387732261103173657

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305816620

PIB
17:44:07

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RAFAEL POLANIA CORNELIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 2387732:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:35:21 PM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **2387732**

Apellidos y Nombres: **POLANIA CORNELIO RAFAEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/11/2026 05:36:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **2387732** y Nombre: **RAFAEL POLANIA CORNELIO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **150847770** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:47:03 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **2387732,** Apellidos y Nombres **POLANIA CORNELIO RAFAEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD"**, con NIT **822006595-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 2387732 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 03/11/2026 05:49 PM

Código Verificación: **6GVNF72XYZ**

Válida hasta: **03/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Empresa Social del Estado Departamento del Meta E.S.E. Solución Salud	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"**	**VERSIÓN 01**	**Código: FR-RH-98**	GOBERNACIÓN DEL META
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	**VIGENCIA 2024/10/25**	**DOCUMENTO CONTROLADO**	

DATOS DE SOLICITUD							
FECHA DE SOLICITUD:	03-11-2026						
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)	VINCULACIÓN			ACTUALIZACIÓN		**X**	
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)	CLIENTE		CONTRATISTA	X	PROVEEDOR		

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL		
NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
RAFAEL	POLANIA	CORNELIO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)							
Cedula ciudadania	X	Pasaporte		Cedula Extranjeria		Otro ¿CUÁL?	

NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN
2387732	9	11	1981	SUAREZ - TOLIMA

FECHA DE NACIMIENTO:	13-05-1963	**LUGAR DE NACIMIENTO: (Pais, departamento y ciudad)**	
GÉNERO: (marcar con X)	F (Femenino)	M (Masculino)	**X**

OCUPACIÓN (marcar con X)					
EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
INDEPENDIENTE	X	RENTISTA		OTRO ¿CUÁL?	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
CENTRO	3112370409	MAPIRIPAN	META	rapoco1963@hotmail.com
NÚMERO DE CELULAR	3112370409			

TIPO DE VIVIENDA

PROPIA		FAMILIAR		ARRENDADA	X			
PERSONAS A CARGO:	DOS							
VALOR ARRIENDO:	$ 600.000.oo	GASTOS FAMILIARES:	$ 2.200.000.oo					
INFORMACION LABORAL								
NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO		DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)						
E.S.E. DEPARTAMENGTALDE SALUD "SOLUCION SALUD"		TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS						
CARGO:	TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN			
CIUDAD:	MAPIRIPAN	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?	
DIRECCIÓN:	BARRIO NUEVO	19	3	2021			Definido	
TELÉFONO:	311270409							
SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN								
POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:		**SI**	**NO**	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR				
			X					
Ejerce algún grado de poder público			X					
Goza de reconocimiento público			X					
INFORMACIÓN FINANCIERA								
POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA								
PRODUCTO FINANCIERO	**NÚMERO**	**ENTIDAD**	**SUCURSAL**	**ANTIGÜEDAD**				
CUENTA DE AHORROS	488421672285	DAVIVIENDA	VILLAVICENCIO	6 AÑOS				
CUENTA DE OHORROS	364919985	BANCO BOGOTA	VILLAVICENCIO	1 AÑO				
OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:			OTRAS	
SI		NO	X	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR								
INVERSIONES		**TRANSFERENCIAS**		**OTRAS**		**¿CUALES OTRAS?**		
TIPO DE PRODUCTO	**NÚMERO DE PRODUCTO**	**ENTIDAD**	**MONTO**	**CIUDAD**	**PAÍS**	**MONEDA**		

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL SERVIDOR PÚBLICO_____PROVEEDOR_____ CONTRATISTA__X__ se obliga con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **Empresa Social del Estado del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente: Declaración de origen de fondos a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.**

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

CONFINDECIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar cmo SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud,** por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los lineamientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con mis obligaciones para con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**.

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)?	SI		NO	X

Vinculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Cargo

¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" ?	SI		NO	X

NIT	Razón social/ Nombre de la empresa	Tipo de vinculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?			SI		NO	X

Vínculo familiar/ Parentesco	**Nombre completo**		**No. de identificación**	**Razón social / Nombre de la empresa**	**% de participación**

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud",** o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"**?	SI		NO	X
Por favor amplie la información:				
¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" , así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?	SI		NO	X
Por favor amplie la información:				
¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)?	SI		NO	X
Por favor amplie la información:				

FIRMA Y HUELLA	
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento	
FIRMA	 HUELLA

CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO						
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						**DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN**
Fecha:	3	11	2026	Hora:	05 P.M.	OBSERVACIONES:
Nombre:						
Cargo:						
Firma:						
En caso de diligenciamiento electrónico:						
Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.						
						HUELLA
DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.						
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION						
Resultado de verificación de datos:						
				FECHA :		**HORA:**

*VoBo. Oficina Jurídica*_____

*VoBo. Planeación (Calidad)*_____

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo **RAFAEL POLANIA CORNELIO**, identificado con la cédula No. 2.387.732 de Suárez Tolima, obrando en nombre propio me permito manifestar a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD** - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como **CONTRATISTA**, son de propiedad de **la ESE SOLUCIÓN SALUD**, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los 28 días del mes de Septiembre del año 2026.

NOMBRE: RAFAEL POLANIOA CORNELIO

C.C. 2387732 Suarez (Tol)

CERTIFICADO MEDICO
EXAMEN OCUPACIONAL

Calle 35 No. 41 - 87 Barrio Barzal
Telefax: 662 6707 Cel. 317 403 1443 Villavicencio - Meta.

E.S.E Departamental

SERVICIOS ORIENTADOS DE SALUD I.P.S.

De acuerdo al decreto 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son veridicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (Art. 18) de medicina preventiva y del trabajo según el Art. 10 de la resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificación
Polania	Cornelio	Lorael	23877732

Edad	Cargo	Antigüedad	Día	Mes	Año
60	Tecnologo en Radiologia		31	03	2026

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periódico [ ] Cambio de Labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Postincapacidad [ ] Otro _____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Anexa [ ] NO Anexa [X]

Optometria		Coprocultivo		Frotis / Cultivo garganta		Colesterol		Anexo trabajo en alturas	
Visiometria		Hemoclasificacion		SGPT		Triglicericos		Espacios confinados	
Audiometria		C. Hematico - Plaquetas		SGOT		HDL		Tamizaje tunel del Carpo	
Espirometria		Glicemia		BUN		LDL		Anexo Espalda	
EKG		Parcial de Orina		Creatinina		Alcohol		Otros	
Rx Tórax		Coprologico		Colinesterasa		Psicoactivos			
Rx Columna		HOH uñas		Serologia		Antigenos Febriles			

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIÓDICO		EXAMEN MEDICO DE RETIRO	
	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactoria		Satisfactoria
X	Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Con limitaciones de origen común que deben ser valoradas por su EPS
	Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuela de accidente de trabajo
	Presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valoradas por su EPS
	No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valoradas por su EPS		Valoración medicina laboral para evaluación y calificación.

	SI	NO		SI	NO
Idóneo para manipular alimentos		X	Debe ser reubicado		X
Idóneo para trabajar en alturas		X	Requiere manejo por rehabilitación		X
Idóneo para trabajar en espacios confinados		X	Anexa concepto medico postincapacidad		X
Requiere nueva valoración medica laboral / Salud Ocupacional		X	Otro		X

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC	
Dieta	
Ejercicio Regular	
Dieta y Ejercicio Regular	X
Valoración por nutrición EPS	
Descartar Alteración Metabólica	
Dieta, Ejercicio y medicamento	
Otro	

MANEJO POR EPS/ARL	
Control Periódico PP por EPS	X
Se prescribe Tratamiento	
Remisión a EPS para Manejo	
Continuar manejo Medico	
Remisión para Control Medico	
Remisión ARL para manejo del caso	
Otro,	

RECOMENDACIONES	
Control Periódico Ocupacional	
Higiene Postural	X
Utilización de EPP	X
Utilización de ayudas Ergonómicas	
Medidas antiestasis venoso	
Evaluación Puesto de Trabajo	
Otro	

SVE (INCLUIR EN)	
Visual	X
Auditivo	X
Respiratorio	
Ergonómico	X
Cardiovascular	
Psicolaboral	X
Químico	
Biológica	
Riesgo eléctrico	
Radiaciones Ionizantes	

Maria Fernanda Aguilera M.
Med. Esp. Salud Ocupacional
Reg. No. 86...
Firma Medico Evaluador

CC# 23877732 Sv3 rc) (TO
Firma Trabajador Evaluado

Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 1500-67.10/2651 del 28/Nov de 2022
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

INSTITUTO SUPERIOR DEL LLANO

Certifica que

RAFAEL POLANIA CORNELIO

Identificado con Cédula de Ciudadanía 2.387.732 de SUAREZ

Realizo el curso de :

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dictado el 19/12/2025 con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

VICTOR MANUEL ROJAS PACHECO
INSTRUCTOR

COD.CERTIFICADO 2107

Manzana M # 1-16 Valles de Aragón
institutosuperiordelllano.com - tplcristobal@gmail.com

MinEducación

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Rafael
Apellidos: Polania Cornelio
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 2387782
Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 05 Año 1963.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	10-05-21	RS481V	Jonathon Rojas
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	A			
	5			
VdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	16-03-2021	UExP007	
	2	23-08-2022	UFx18005	
	3	23-01-2023	UVX20003	Lava R
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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 *

2387732

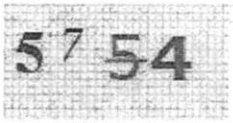
Primer Nombre

RAFAEL

Primer Apellido

POLANIA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6088

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-08-05→9:40:47 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	2387732	RAFAEL		POLANIA	CORNELIO	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) RAFAEL POLANIA CORNELIO identificado(a) con CC 2387732 registra La siguiente información:

2026-08-05→9:40:47 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TEC	Local	Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas	2007-01-22	607	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

54

Certificado digital contra SARS-CoV-2 (Covid-19) de Colombia

Colombian Digital COVID-19 Certificate / Certificat numérique COVID-19 de Colombie

Nombres y apellidos / Full name / Nom(s) de famille et prénom(s)

RAFAEL POLANIA CORNELIO

Fecha de nacimiento / Date of birth / Date de naissance

13/05/1963

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

---

certificado digital contra SARS-CoV-2 (Covid-19) de Colombia

Colombian Digital COVID-19 Certificate / Certificat numérique COVID-19 de Colombie

COVID-19 vacuna / Vaccine / Vaccin

SARS-CoV-2 mRNA vaccine

COVID-19 medicamento de la vacuna / Vaccine medical product / Médicament vaccinal

Comirnaty

COVID-19 titular de la autorización de comercialización de la vacuna o el fabricante / Vaccine Marketing Authorization Holder or Manufacturer / Fabricant ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du vaccin

Biontech Manufacturing GmbH

Estado miembro en el que se administró la vacuna / Member State in which vaccine is administered / État membre de vaccination

Co-Colombia

Emisor del certificado / Certificate issuer / émetteur du certificat

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - GOBIERNO DE COLOMBIA

Dosis Number Doses	Vacuna Vaccine Vaccin	Fecha de aplicación Date of Vaccination Date de la vaccination
Primera	SINOVAC LIFE SCIENCES	30/03/2021
Segunda	SINOVAC LIFE SCIENCES	27/04/2021
1er Refuerzo	MODERNA SWITZERLAND GMBH	23/11/2021
2do Refuerzo	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	18/05/2022

Datos de vacunación / Vaccination Details / détails de vaccination

Member state placeholder

Este certificado no es un documento de viaje. La evidencia científica en la vacunación del COVID-19, pruebas y recuperación continúa evolucionando, incluso con respecto a las nuevas variantes de virus de interés. Antes de viajar, verifique las medidas de salud pública aplicables y las restricciones relacionadas aplicables en el punto de destino.

This certificate is not a travel document. Scientific evidence on COVID-19 vaccination, testing, and recovery continues to evolve, including information concerning the new virus variants. Before traveling, check your destination's applicable public health measures and related restrictions.

Ce certificat n'est pas un document de voyage. Les preuves scientifiques sur la vaccination, les tests et la récupération de la COVID-19 continuent d'évoluer, notamment en ce qui concerne les nouvelles variantes virales d'intérêt. Avant de voyager, vérifiez les mesures de santé publique applicables et les restrictions connexes applicables au point de destination.

La información relevante se encuentra aquí/ Relevant information on the link/Les informations pertinentes sont ici
https://reopen.europa.eu/en

Instrucción de plegado

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	30-03-21	CoronaVac	A20210 10044	C.A MaPiriPan	Laura Alejandra Figueroa	1.124.244.607
	2	27-04-2021	SINOVAC	E20210 2011	Centro Atención mapiripan	Laura Figueroa Rebayo	1124244607.
		23-11-2021	Moderna	940875	CAM	Jonathan puentes	83093606.

56

CERTIFICACION No. 0254/20593

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR NACIONAL DE REGISTRO Y CONTROL
DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Nit No.860517302-1

HACE CONSTAR

Que RAFAEL POLANIA CORNELIO titular de la cedula de ciudadanía No. 2387732 expedida en SUÀREZ, graduado en esta Institución de Educación Superior del programa de TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS, cursó y aprobó el segundo semestre (20052) la asignatura PROTECCION RADIOLOGICA Y RADIOBIOLOGICA.

ASIGNATURA	PERIODO	CREDITOS	NOTA	INTENSIDAD HORARIA SEMANAL	INTENSIDAD HORARIA SEMESTRAL
RX0167 PROTECION RADIOLOGICA Y RADIOBIOLOGIA	20052	1	4.2	5 Hrs.	80 Hrs.

Dado en Bogotá, a los 08 días del mes de diciembre del dos mil veinticinco (2025)

GILLBERTH HERNANDO RAMIREZ MORALES
Subdirector Nacional Registro y Control
Folio M

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Admisiones y Registro

Scanned by CamScanner