PR × | VERIFICAC × | Gmail - PR × | VERIFICAC × | Secop II.cd × | Secop II.pd × | SECOP II - × | Ver Datos × | asterisco - ×

tps://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%

s ▼ Menú ▼ Ir a ▼

Entidad Estatal/Proveedor

Id de pa

al/Proveedor

statal / Proveedor

os

sponible)

s

nes

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione ▼

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario
Lucenid escobar mendez	lucenid0430@gmail.com	11/30/2017 10:03:22 AM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	Aceptado	11/30/2017 10:20:06 AM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	Activo

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponit

mativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) ▼

JOTA
Asistente Virtual Cogr

Secop II (1).pdf ^ | Secop II.pdf ^

Ver Datos de la En...

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Escobar	Mendez	Lucenid.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1031129957

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 04 AÑO 1990

PAÍS: Colombia.

DEPTO: cartagena del chaira

MUNICIPIO: Caquetá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cl 48x#1 2-T17.

PAÍS: Colombia. DEPTO: Bogota.

MUNICIPIO: cundinamarca

TELÉFONO: 3222587604 EMAIL: lucenid0430@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2006
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		Auxiliar de enfermeria.	08	2011	1031124957

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

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Subred integrada de Salud Sur Occidente	X		colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota D.C.	www.subredsuroccidente.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3753569.	DÍA 01 MES 06 AÑO 2017.	DÍA 11 MES 07 AÑO 2018.

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Salud Publica	Cl 9 # 39-46.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5966600.	DÍA 15 MES 11 AÑO 2012	DÍA 31 MES 01 AÑO 2016.

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Salud Publica	Cra 12 D # 26 A 62

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Temporal uno A.			colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 26 MES 06 AÑO 2012	DÍA 14 MES 11 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	1

5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota 03-agosto-2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO. Jueniol Escobar Mendez.

IDENTIFICADO CON C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1031129957. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

DIRECCIÓN cl 48x # 2 F 17. TELÉFONOS 3222587664

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS colombia.

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
esmeldo Escobar.	17668385	Padre
Amanda Mendez.	40625370	madre.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ]. **PARA RETIRARME** [ ]. **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ]. **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ]. QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	7.400.472.
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	7400472.

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorro	002100125133	Ciudad Jardin	$ 0 Pesos.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
Raul Triana Triana	C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ]	79594674.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

YO: Juvenal Escobar Mendez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1031179157 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

DIRECCIÓN: cl 48x4 2 F 17 TELÉFONO: 3222587664

MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Esmeldo Escobar	17668385	padre
Amanda Mendez	40625370	madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13, 14 Y 15 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	7.400.472.
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	7400472.

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorro	002100125133	ciudad Jardin	$ 0 pesos

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
Raul Triana Triana	C.C. X C.E. T.I.	79594614

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 03-Agosto-2018
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa

El Chairá José María Córdoba

APROBADA SEGUN RESOLUCIÓN NO. 000517 DE NOVIEMBRE 15 DE 2006
EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ

Confiere a:

Lucenid Escobar Méndez

Identificada con T.I. No. 900430-57137 C/gena del Chairá

El título de:

Bachiller Técnico Comercial

Especialidad: Procesador de Datos Contables

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

Acta de Graduación No. 116 Anotado al Folio No. 116 Diploma No. 12

Dado en Cartagena del Chairá, Caquetá a los 11 días del mes de Diciembre del año 2006

FULMER G. MENA MUÑOZ
C.C. No. 17.642.854 de Florencia
Rector

MARTHA LUCIA NEIRA PÉREZ
C.C. No. 41.710.338 de Bogotá
Secretaria

Scanned by CamScanner

República de Colombia

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de 22 de Septiembre de 2009 y 15-028 de 28 de Septiembre de 2009 emanadas de la Dirección Local de Educación Localidad Antonio Nariño. Acuerdos No. 058 de 5 de Diciembre de 2008,120 de 23 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009, emanados del Ministerio de Protección Social

Confiere

El Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como

Técnico Laboral

A: *Lucenid Escobar Mendez*

CC 1.031.129.957 de BOGOTA

por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el programa de

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Duración del Programa: 1.860 Horas

Director

Secretaria Académica

Dado en Bogotá, D.C, a los 31 días del mes de AGOSTO de 2.011

Registro folio No. 515 del Libro de Certificados No. 4

V1-05-10 187

Scanned by CamScanner

INGABO
INSTITUTO

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Aprobado por Resoluciones 15 del 7 de Septiembre 22 de 2000 y 15 025 de Septiembre 26 de 2000 emanadas de la Dirección Local de Educación Armenia Sentido y Resolución 1956 de Diciembre 5 de 2008, 120 de Diciembre 23 de 2008 y 158 de Mayo 21 de 2009 emanadas del Ministerio de Protección Social

Acta Individual de Certificacion de Tecnico Laboral

REGISTRO 15 FOLIO 5 LIBRO 4

En la Ciudad de Bogotá a los 25 dias del mes de Agosto del año 2011, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar la entrega de los Certificados de **TÉCNICO LABORAL**, con una duración de 1860 (horas) quien cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

LUCENID ESCOBAR MENDEZ
C.C 1.031.129.957 de BOGOTA

Es fiel copia del Acta Original General Nº 39 de fecha 25 de Agosto de 2011, que consta de 36 alumnos que comienzan con el nombre de **MARISOL ACERO CASTELLANOS** y se cierra con el nombre de **YURI ALEJANDRA ZULUAGA CARDONA** firmado por:

ELENORA ROJAS MORALES
DIRECTORA
C.C. No. 65.738.207 de Ibagué

MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA
SECRETARIA GENERAL
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 31 días del mes de Agosto de 2011

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Cartagena del Chaira a los cero uno (01) **días del mes de Diciembre del año 2006, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA EL CHAIRÁ JOSÉ MARÍA CÓRDOBA, Institución aprobada en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el Título de BACHILLER TECNICO COMERCIAL, ESPECIALIDAD PROCESADOR DE DATOS CONTABLES, Según Resolución No.000517 del 15 de Noviembre del año 2006.**

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el:

TITULO DE:

BACHILLER TECNICO COMERCIAL

ESPECIALIDAD: PROCESADOR DE DATOS CONTABLES

al graduando cuyos Nombres, Apellidos y número de documento de Identificación se relacionan a continuación:

LUCENID ESCOBAR MENDEZ

C.C. o T.I. No. 900430-57137 de C/ gena del Chairá

Es fiel copia del Acta Original General No. 005, de fecha cero uno (01) de Diciembre de 2006, que consta de Cuarenta y Tres (43) estudiantes graduados que comienza por el nombre de **ALDANA GARCIA JAVIER** y se cierra con el Nombre de **VIDAL LOZANO ESNEIDER.**

Firmado y sellado por: **FULMER G. MENA MUÑOZ (Rector) y MARTHA LUCIA NEIRA PEREZ (Secretaria).**

Dada en Cartagena del Chaira Caquetá, a los cero uno (01) ***días del mes de Diciembre del año 2006.***

FULMER G. MENA MUÑOZ
C.C. No. 17.642.854 de Florencia
RECTOR

MARTHA LUCIA NEIRA PEREZ
C.C. No.41.710.338 de Bogotá
SECRETARIA

INSTITUTO DE EDUCACIÓN INGABO

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por Resoluciones 15-027 de Septiembre 22 de 2009 y 15-028 de Septiembre 28 de 2009
de la Dirección Local de Educación de Antonio Nariño.
Acuerdos No. 056 de 05 de Diciembre de 2008 y 158 de 21 de Mayo de 2009, emanados del Ministerio de Protección Social

Certifica

Que **Lucenid Escobar Mendez**

C.C. 1.031.129.957 de BOGOTA.

Realizó Prácticas de **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

En **CLÍNICA SEP – INSTITUTO ROOSEVELT**

Duración **600 HORAS**

Eleonora Rojas Morales
Directora

BOGOTA, 31 DE AGOSTO DE 2011
Ciudad y Fecha de Expedición

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DEL MOVIMIENTO CORPORAL HUMANO

Certifica que:

Lucenid Escobar Méndez

C.C. 1031129957

Aprobó el curso de formación virtual sobre

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC
Módulo Ámbito Familiar

Con una intensidad: 50 horas

Dado en Bogotá D.C., el 18 de febrero de 2013

NANCY STELLA LANDINEZ PARRA
Directora
Departamento del Movimiento Corporal Humano
Facultad de Medicina

IMMA QUITZEL CAICEDO MOLINA
Directora
Estrategia E-Learning PIC
Profesora Asociada Facultad de Medicina

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

INGABO.

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Lucenid Escobar Mendez. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico en Auxiliar de Enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1031129957.

Tarjeta profesional No: 1031129957.

Dirección de contacto: cl 48.x.# 2 F 17.

Teléfono: 3222587664

Scanned by CamScanner

2017-6-1 Visualizacion Reporte - TEMPORALES UNO A BOGOTA S.A.

Regresar

1 / 1

TEMPORALES UNO-A S.A

NIt. 830.058.387-6

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS

Preselección, Selección, Contratación y Nomina del Personal en Misión. CO109458

CERTIFICACION

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la señora ESCOBAR MENDEZ LUCENID Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1,031,129,957 de BOGOTA D.C., laboró en misión de nuestra organización, para la empresa usuaria HOSPITAL RAFAEL URIBE - HRUU-SP TERRITORIO 5, por medio de un contrato de trabajo de obra o labor determinada, desde el día 26 de junio de 2012 hasta el dia 14 de noviembre de 2012 desempeñando el cargo misional de TECNICO I, con una asignación salarial de $663,872.00 Mcte, mas un subsidio de transporte de: $ 77,700.00 Mcte, mas un promedio de horas extras por un valor de 27,661.00 Mcte, mas un promedio de recargos por un valor de $53,110.00 Mcte

Seguidamente nuestro sistema reporta la existencia de los siguientes contratos de trabajo de obra o

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Desde el dia 26 de junio de 2012	hasta el 14 de noviembre de 2012

La presente se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a solicitud de la interesada a primero de Junio de 2017.

NOTA: CUALQUIER ANOTACIÓN EN LETRA IMPRENTA SOBRE EL PRESENTE CERTIFICADO ES INVALIDA

Atentamente,

TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A.

CATHERINE BERNAL MEJIA
Directora de Gestion Humana

Este documento digital cumple con el artículo 28 de la Ley 527 de 1999

Este certificado fue expedido a través de un sitio web, para verificar su validez comuníquese al departamento de gestión humana de Temporales Uno A. PBX: 57-1 -310 05 77.

Scanned by CamScanner

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO-OPS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA HECHO POR OPS

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. De Tel: 5966600, celebró el siguiente contrato con **LUCENID ESCOBAR MENDEZ,** con C.C. No. **1.031.129.957,** cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

NO. OPS: 483/2012
500/2013
1467/2013

FECHA INICIO: 15/Noviembre/2012
01/Marzo/2013
12/Septiembre/2013

FECHA TERMINACIÓN: 28/Febrero/2013
31/Agosto/2013
31/Octubre/2014

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE GESTION PROGRAMAS E INTERSECTORIALIDAD DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.904.907, oo
$ 7.228.371, oo
$ 17.550.000, oo

Se expide la presente certificación a solicitud de **LUCENID ESCOBAR MENDEZ** en Bogotá D.C. a los Ocho (08) días del mes de Octubre de 2014.

Para mayor información favor comunicarsen al 5966600 Ext 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

EMMA ESPERANZA REY DE WAGNER
Abogada

Proyectó: Magoll Neira
Revisó: Emma Esperanza Rey de Wagner

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CONDICIONES CONTRACTUALES	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CONTRATO NUMERO:0139 - 2018
CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4
CONTRATISTA: LUCENID ESCOBAR MENDEZ CEDULA No. 1031129957
OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTE Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($3226790)
VALOR HONORARIOS MES: $ 1613395
PLAZO DE EJECUCIÓN: Dos (02) Meses
FECHA INICIO: 01 DE FEBRERO DE 2018
FECHA TERMINACIÓN: 31 DE MARZO DE 2018
SUPERVISOR : REFERENTE ESPACIO VIVIENDA

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO** mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadania No. 30.772.851 expedida en Turbaco (Bolivar), nombrada por el Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto No. 161 del 05 de Abril de 2017 y posesionada el día 07 de abril de 2017, obrando en nombre y representación legal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente - ESE, persona jurídica identificada con NIT No. **900.959.048-4**, y creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y como tal facultada para celebrar el presente contrato de prestación de servicios de conformidad con el Estatuto de Contratación de la Subred, quien en adelante se denomina el **CONTRATANTE**, por una parte y por la otra **LUCENID ESCOBAR MENDEZ,** mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denomina el **CONTRATISTA**, en ejercicio de la autonomia de la voluntad y con pleno consentimiento hemos acordado celebrar el presente contrato que se rige por lo señalado en el numeral 6º del articulo 195 de la ley 100 de 1993, Estatuto y Manual de Contratación de ésta E.S.E., sus Acuerdos modificatorios y demás normas que regula el Derecho Privado y **CONSIDERANDO**: **a)** Que el Articulo No. 195 de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, establece respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales de Salud en su Numeral 6 que: *"En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública"* **b)** Que mediante el Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016 "Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones" se creó la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. **c)** Que mediante el Decreto Distrital No. 161 del 05 de abril de 2017, el Alcalde Mayor de Bobota D.C., designó a la Gerente de la Entidad para ejercer su nombramiento a partir del dia 07 de abril de 2017 hasta el 31 de marzo de 2020. **d)** Que la Junta Directiva de la Entidad, expidió Acuerdo No. 37 del 20 de Septiembre de 2017,"*Por medio del cual la Junta Directiva modifica los Acuerdos 03 y 015 de 2016, Estatuto de Contratación de la Subred Suroccidente*" **e)** Que el área de Talento Humano certifica la ausencia y/o insuficiencia de personal en la planta de la ESE para el cumplimiento de los procesos, subprocesos, proyectos y actividades establecidas en la institución. **f)** Que existe soporte del área responsable donde justifica la necesidad de un recurso humano para la prestación del servicio requerido en la ESE. **g)** Que existe constancia sobre de la idoneidad y capacidad del **CONTRATISTA**, para ejecutar el presente contrato, de conformidad con los documentos presentados como soporte de la hoja de vida por parte del CONTRATISTA.; Que por lo expuesto es necesario contratar el desarrollo de actividades indicadas a continuación bajo los parámetros desarrollados en el presente texto jurídico: **CLÁUSULAS: PRIMERA.- OBJETO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. **SEGUNDA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.** El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: **a) Especificas.** Específicos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.129.957
ESCOBAR MENDEZ
APELLIDOS
LUCENID
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1990
CARTAGENA DEL CHAIRA
CARTAGENA DE CHAIRA (CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

28-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00154523-F-1031129957-20090418 0010761576A 1 28656136

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14257492345

(415)7707212489984(8020) 000001425749234 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1031129957	2	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1031129957	2008 11 28

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCOBAR	MENDEZ	LUCENID	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 3 48 T SUR 14 P 1 BRR DIANA TURBAY

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luci0430@hotmail.com		7713621	3118707863

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2012 06 04						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2013 09 04

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 25-05-2017 05:44:19PM

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-06-2017
Hora: 7:37:33 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1031129957-2 LUCENID ESCOBAR MENDEZ

Información General

Dirección CR 3 48 T SUR 14

Teléfonos 7713621/3118707863
Dirección electrónica luci0430@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/10/2012
Soporte Inscripción 14654933
Fecha Inicio Actividades 26/06/2012
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001990804

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

LUCENID
ESCOBAR MENDEZ
C.C. 1031129957

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 21/06/2012

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 2421 *de* 06/03/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR 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) ESCOBAR MENDEZ LUCENID Identificado(a) con CC número 1031129957 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 31/08/2011.

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 ESCOBAR MENDEZ LUCENID identificado(a) con CC número 1031129957 expedida en BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D C a los 06/03/2012

Original firmado Por

IVÁN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C 10-05-2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) lucenid escobar mendez
CC. # 1.031.129.957
Firma

Scanned by CamScanner

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 *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1031129957

Primer Nombre *

lucenid

Primer Apellido *

escobar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1031129957	LUCENID		ESCOBAR	MENDEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 1031129957] LUCENID ESCOBAR MENDEZ

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2012/3/06	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 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).

Scanned by CamScanner

inicio

Acceso del vacunador
ingresar

Volver

1 of 2 | Find | Next

	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	11/08/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	11/09/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Tercera dosis	08/09/2017	Recombax B		
Influenza	Única	22/11/2017	GC FLU	V50217017-16 ABRIL 2018	UPA 30 BOMBEROS
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	11/08/2009	Telavax		CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	11/09/2009	Telavax		CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Tercera dosis	15/07/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - ANTONIO NARIÑO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				

Porque la vacunación no es un juego de niños.

Scanned by CamScanner

inicio

Acceso del vacunador
ingresar

Volver

1 of 2 | Find | Next

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 23 de noviembre de 2017 04:54 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1031129957
Nombres y Apellidos	LUCENID ESCOBAR MENDEZ		
Fecha de nacimiento:	30/04/1990		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelufar	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	11/08/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	11/09/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM

Porque la vacunación no es un juego de niños.

inicio

Acceso del vacunador
ingresar

Volver

1 of 2 ? Find | Next

	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	11/08/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	11/09/2009			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Tercera dosis	08/09/2017	Recombax B		
Influenza	Única	22/11/2017	GC FLU	V50217017-16 ABRIL 2018	UPA 30 BOMBEROS
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	11/08/2009	Tetavax		CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Segunda dosis	11/09/2009	Tetavax		CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CALLE 48
	Tercera dosis	15/07/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - ANTONIO NARIÑO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				

Porque la vacunación no es un juego de niños.

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION Nº 6227

RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA. 31-05-2017

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

INGRESO [X] PERÍODO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [ ]

El suscrito médico especialista en salud ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Lucenid Escobar Mendez.

C.C. 1031129957 TELÉFONO. 3222587664

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico	SI
Audiometría	NO
Visiometria	NO
Laboratorio Clinico	NO

NOMBRE DE LA EMPRESA: Subred Sur-Occidente

CARGO: Auxiliar de Enfermería.

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA X CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR ___

APTO CON RESTRICCIÓN ___ TIPO DE RESTRIICCIÓN: ___

APLAZADO ___ PARA ___

NO APTO ___ POR ___

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR ___

RETIRO

SATISFACTORIO ___

NO SATISFACTORIO ___ PORQUE? ___

PERIÓDICO

SATISFACTORIO

REQUIERE REUBICACION ___

RECOMENDACIONES Uso de medios de protección.

REMISIÓN A: ___

FIRMA PROFESIONAL: Dario Josue Granado. MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL R.M. 10521204 913

FIRMA TRABAJADOR C.C.: 1031129957



Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	03-08-2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Escobar.	Mendez	Lucenid.			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1031129957.	Bogota - Cundinamarca.	2008 - Noviembre - 28.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	( )		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30-04-1990	cartagena del chaira caqueta	colombia	Colombiano.

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒	0	0	3222687664

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL:	Auxiliar de Enfermeria.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cl 48X# 2 F17.	Bogotá	cundinamarca	Colombia	7711607.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lucenid0430@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Triana	Triana.	Raul.	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79594674	Bogota - Cundinamarca.	1990 - Julio - 01
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: Colombiano.

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: 8692
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Digitar el codigo del mit	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [x]	SI [ ] NO [x]	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [ ]	#NIT	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: [X]

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Diaz	Peña	Dora.	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cl 48x # 2 F 17	Bogota / cundinamarca / colombia.	Amiga	3118759127.

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta de Ahorros	002100125133	Ciudad Jardin.	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [x]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS.

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] CUAL: [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Digite su profesión Auxiliar de enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

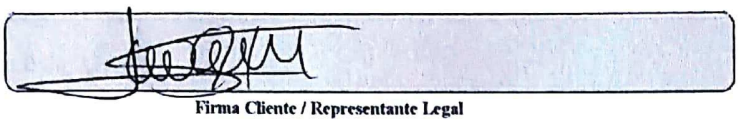
Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

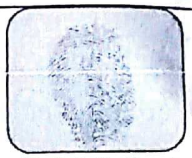
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: *Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente.* En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionakle Salud exigen las mismas.

Scanned by CamScanner

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Scanned by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Agosto 2 de 2018

Señora:
ESCOBAR MENDEZ LUCENID
CC. 1031129957 CR 3 48D SUR 14 - 7713621
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ESCOBAR MENDEZ LUCENID	1031129957	C	Jun-1-2017	187	0	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
TRIANA TRIANA RAUL	79594674	C	Nov-30-2017	8	0	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Nov-30-2017	Anulación por TDA negados	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUCENID ESCOBAR MENDEZ	1031129957	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
LUCENID ESCOBAR MENDEZ	1031129957	Trabajador Independiente	CERRADO
TEMPORALES UNO A BOGOTA S A S	1031129957	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Scanned by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUCENID ESCOBAR MENDEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,031,129,957**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 02 días del mes de Agosto de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1031129957.		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
Lucenid		Escobar	Mendez.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
30-Abril-1990.	Cartagena del Chairá	Cl 48X# 2F17	7711607.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Salud Total	Porvenir.	$ 1.500.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Tecnico Auxiliar de Enfermerio.			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
lucenid0340@gmail.com		3222587664.	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113253047

WEB
15:16:39

Bogotá DC, 02 de agosto del 2018

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) LUCENID ESCOBAR MENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031129957:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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.

Scanned by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 02 de agosto de 2018, a las 15:14:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031129957
Código de Verificación	103112995718080215143 3

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.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2368309

Bogotá D.C., 2 de Agosto de 2018 - 15:15 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUCENID ESCOBAR MENDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE** de BOGOTÁ.D.C.

1031129957

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 15:18:22 horas del 02/08/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1031129957**
Apellidos y Nombres: **ESCOBAR MENDEZ LUCENID**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vigilado

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Todos los derechos reservados.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/05/31
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LUCENID ESCOBAR MENDEZ
con Cédula de Ciudadanía número 1031129957
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	002100125133
Fecha Apertura	2013/04/16

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0083 - CECINA BARRIO RESTREPO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S
NIT. 860.034.31
AH 170 1 REV.

Scanned by CamScanner