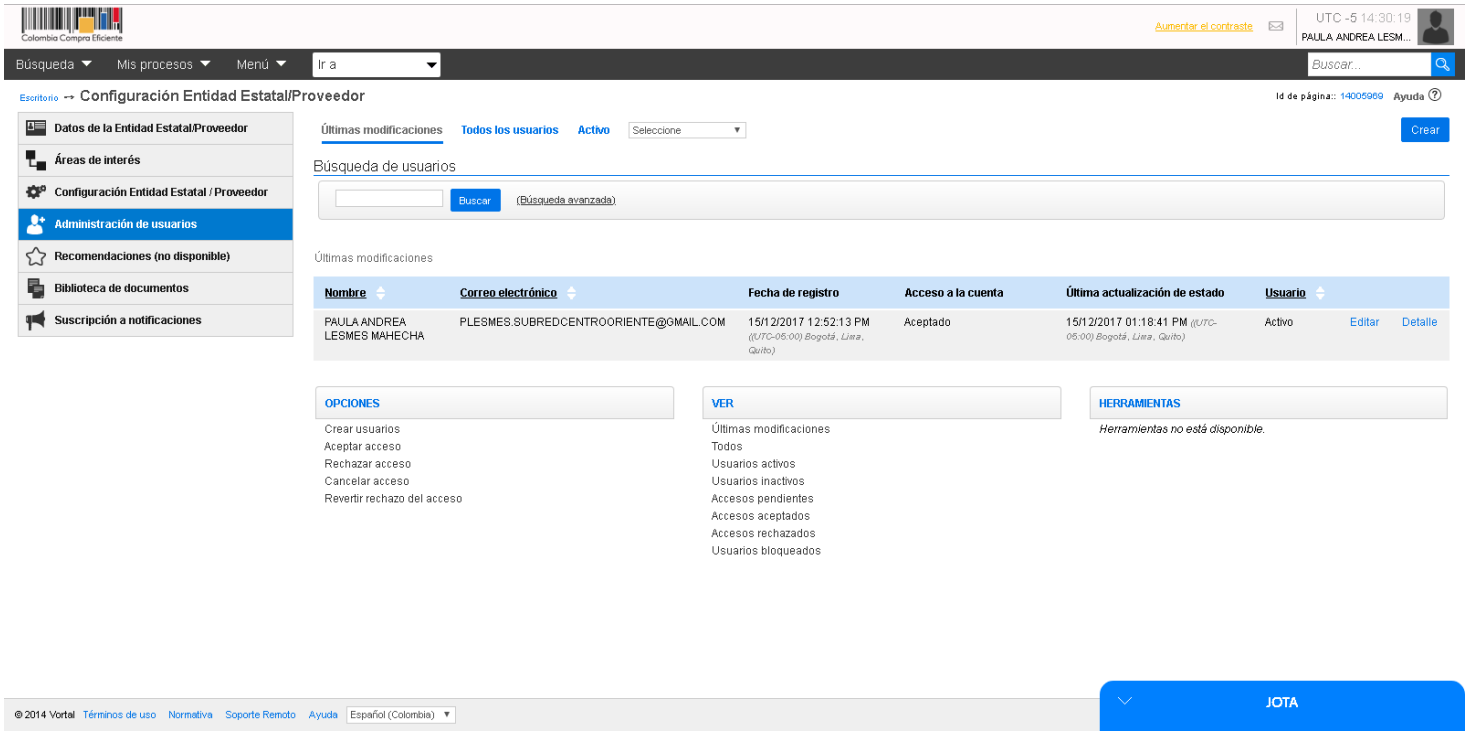

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:30:19
PAULA ANDREA LESM...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↦ Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
PAULA ANDREA LESMES MAHECHA
PLESMES.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM
15/12/2017 12:52:13 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
15/12/2017 01:18:41 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
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 disponible.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

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* |
|---|---|---|
| LESMES | MAHECHA | PAULA ANDREA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1013642441** — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 27 MES 06 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA D.C

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CL 27 A SUR 13 38

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA D.C.

TELÉFONO 5623455 EMAIL paula.lesmes06@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 10 AÑO 2009 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | | | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 2 | X | | TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | 11 | 2 | 0 | 1 | 1 | |
| TL | 5 | | X | TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL | 09 | 2 | 0 | 1 | 6 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| INGLES | X | | | | X | | | X | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| SUB RED CENTRO ORIENTE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA DC | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DÍA 05 MES 09 AÑO 2016 | DÍA 30 MES 06 AÑO 2018 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TECNICO AMBIENTAL | SALUD PUBLICA | DG 34 5 43 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL E.S.E | X | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA DC | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DÍA 16 MES 10 AÑO 2013 | DÍA 03 MES 02 AÑO 2016 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TEC EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | SALUD PUBLICA | DG 34 # 5-43 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | CAJICA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| (091)8795331 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2010 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2010 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TEC SANEAMIENTO AMBIENTAL | VIGILANCIA SANITARIA | CARRERA 4 NO 1 -68 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 4 | 4 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 0 | 0 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 0 | 0 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 4 | 4 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* BOGOTA DC , 24/07/2018

Paula Lesmes

*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 CONTRAT*

**FORMATO ÚNICO**

# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

**PERSONA NATURAL**

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

**COBERTURA:** Este Fomulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

**INSTRUCCIONES GENERALES :**

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

**DEFINICIONES :**

**Acreencias y obligaciones vigentes :** Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

**Actividades económicas de carácter privado :** Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

**Bienes patrimoniales** : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

**Calidad de miembro :** Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

**Carácter de la entidad :** Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

**Ciudad y fecha :** Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

**Declaración juramentada :** Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente dilenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

**Ingresos y rentas del último año gravable**: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declación.

**Participación en juntas, consejos y sociedades** : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

**Primer grado de consanguinidad:** Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :**

**1. Declaración juramentada**

**1.1 Bienes y rentas.**

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

**1.2 Participación en juntas y sociedades:**

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

**2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:**

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

**3. Firma del Servidor Público:**

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

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, PAULA ANDREA LESMES MAHECHA

IDENTIFICADO CON : 1 C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 1013642441 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| CL 27 A SUR 13 38 | 3184249783 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|
| Bogotá DC | Cundinamarca | Colombia |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| YOVANA MAHECHA SEGURA | 52205716 | MADRE |
| OMAR MAURICIO LESMES PEÑA | 79735488 | PADRE |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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** [X], **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 | 1500000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| **TOTAL** | 1500000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 074107715 | LAS AGUAS | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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 [ ] NO [X] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ] | Nº |
|---|---|---|
| | | |

## 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

Paula Lesmes
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA DC 24/07/2018
CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 10 de Agosto de 2014 por el M.E.N.
Digilada Mineducación

Confiere a

## Paula Andrea Lesmes Mahecha

C.C. 1.013.642.441 de Bogotá D. C.

El título de

Tecnólogo en

## Desarrollo Ambiental

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.
A los 30 días del mes de Septiembre de 2016 .

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Decano de Facultad

Folio 5 Libro 44 No de registro 591 a registro en los archivos de esta Institución

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD

*EDUSALUD*

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá según Resoluciones 2540 de 1.997 y 13049 de 2.011
Aprobación del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud según Acuerdos Ejecutivos: 0100 de 2.010 y 0165 de 2.010 M.P.S.

Teniendo en cuenta que:

# Paula Andrea Lesmes Mahecha

C.C. 1.013.642.441 Expedida en: Bogotá D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios en el área de Ciencias del Ambiente le confiere el presente

## Certificado de Aptitud Ocupacional

# TECNICO LABORAL EN SANEAMIENTO AMBIENTAL

CON UNA INTENSIDAD DE 1.300 HORAS ACADÉMICAS

EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE REFRENDA ESTE CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES ACADEMICAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. A LOS 18 DIAS DE NOVIEMBRE DE 2.011

EDUSALUD

Rector

Coordinador Académico

EDUSALUD COORDINACION ACADEMICA

La República de Colombia

y en su nombre el

# Colegio Alejandro Obregón

## Institución Educativa Distrital

Autorizado por [illegible] Bogotá D.C.

Según Resolución [illegible]

Confiere a:

## Paula Andrea Lesmes Mahecha

Identificado(a) con 930627-05459

El Título de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes de conformidad con la Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994

Rector

Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 42 Libro de Registro No. 02

Dado en Bogotá, D.C. a 28 de Noviembre de 2009

UNIVERSIDAD ECCI

## ACTA DE GRADO No. 071

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**UNIVERSIDAD ECCI**
**APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014**
**DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

*Digilada Mineducación*

En Bogotá D.C., a los 30 (Treinta) días del mes de Septiembre de 2016 en las instalaciones del Teatro El Dorado ECCI, siendo las 9:00 AM, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA**, identificado(a) con la C.C. No. **1013642441** expedida en Bogotá D.C., quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el (la) **SEMINARIO DE PROFUNDIZACIÓN** titulado(a) **QUÍMICA,** obteniendo una calificación de 4.3 **(Cuatro Punto Tres)** con concepto **Aprobatorio (a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **TECNÓLOGA EN DESARROLLO AMBIENTAL.**

Para constancia se firma la presente.

**MSC. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ**
RECTOR

**ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO**
SECRETARIA GENERAL

**MSC. ALEJANDRO ENRIQUE MORENO ANDRADE**
DECANO DE FACULTAD

EDUSALUD

**CORPORACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD**

Personería Jurídica No. 621 de 1993

Resoluciones de Aprobación No. 2540 de 1997 - 13049 de 2011 S.E.D.

Acuerdos No. 0100 y 0165 de 2010 C.I.T.H.S.

## ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 215

En la Rectoría de la **CORPORACION CENTRO DE ESTUDIO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD – EDUSALUD,** el día 18 de Noviembre del año 2011 se llevó a cabo la certificación del(la) alumno(a):

**PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**
C.C. No. 1.013.642.441 de Bogotá

Acto que presidió el señor Rector en presencia del Director Académico de la Corporación, del(la) alumno(a) y sus invitados.

En desarrollo del orden del día, el Director Académico hizo la presentación del (la) estudiante, atestiguó su aprobación y cumplimiento de los requisitos académicos y reglamentarios según las evaluaciones y calificaciones acreditadas en el registro académico del programa desarrollado, con una intensidad de 1300 horas.

En consecuencia, el señor Rector en representación de la Corporación, institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano, legalmente constituida y aprobada por las Resoluciones 1539 de 1994, 3029 de 1995, 2540 de 1997 y 13049 de 2011 de la Secretaría de Educación Distrital y los Acuerdos 0100 de 2010 y 0165 de 2010 expedidos por el Ministerio de la Protección Social y autorizada para ofrecer programas de formación laboral y académica, le tomó el juramento al(la) alumno(a) y le otorgó el certificado de Aptitud Ocupacional como:

**TECNICO LABORAL EN SANEAMIENTO AMBIENTAL**

Para constancia se firma en la cuidad de Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Noviembre de 2011.

**MIGUEL ADOLFO ROA GAITAN**
**Rector**

**JOSE ISRAEL ROA MENDOZA**
**Director Académico**

# Acta Individual de Grado

# Colegio Alejandro Obregón

## Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Calle 30 Sur No. 15 – 45 Teléfono 361 84 77

Bogotá D.C.

Inscripción S.E. 6803 Inscripción DANE 11100115176

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre del año 2009 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del COLEGIO ALEJANDRO OBREGÓN Institución Educativa Distrital, Jornada Tarde, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Preescolar, Básica y Media. Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2595 del 28 de Agosto de 2002.

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

TÍTULO DE

## BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

# Paula Andrea Lesmes Mahecha

**Identificado(a) con 930627-05459**

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 020 de Fecha 28 de Noviembre de 2009, que consta de 65 estudiantes graduados, que comienza con el nombre de Balaguera Cárdenas Cristian Jair y se cierra con el nombre de Yepes Giraldo Leidy Catalina.

Firmada por:

REINERIO GUTIÉRREZ MELO Rector y
CLAUDIA MABEL CARRASCO PATIÑO Secretaria

Dada en Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre de 2009.

Firmada

Reinerio Gutiérrez Melo
C.C. 19.291.018 de Bogotá
Rector

Claudia Mabel Carrasco Patiño
C.C. 52.119.660 de Bogotá
Secretaria

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 DEL TALENTO HUMANO**
**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS**

**CÓDIGO: ET-GT-FT-014**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo_PAULA ANDREA LESMES MAHECHA 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:

_TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Paula Lesmes

No. de documento: 1013642441

Tarjeta profesional No: 25962-80449572 CND

Dirección de contacto: KR 15A 31D 20 JVK

Teléfono: 3184244783

Empresa Social del Estado
HOSPITAL PROFESOR
JORGE CAVELIER
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

*SANEAMIENTO AMBIENTAL*
**Área de Vigilancia y Control**

# A QUIEN INTERESE

La Comisión Técnica de Saneamiento Ambiental de la E. S. E. Hospital Profesor Jorge Cavelier del municipio de Cajicá - Cundinamarca, hacen constar que la señorita Paula Andrea Lesmes Mahecha identificada con C. C. No. 1.013.642.441 de Bogotá, laboró en nuestra institución desde el Dos (02) de Enero hasta el Quince (15) de Diciembre del 2010 como Técnico de Saneamiento desarrollando las actividades propias de Inspección, Vigilancia y Control de los factores de riesgo higiénico sanitario en el municipio.

Que durante su ejercicio laboral, se identificó por ser una persona seria, responsable, amable, honesta y muy cumplidora de su trabajo.

Se expide a solicitud de la interesada a los Tres (03) días del mes de Mayo del año Dos mil doce (2012).

Atentamente,

E.S.E. HOSPITAL
PROFESOR JORGE CAVELIER
NIT: 832002436

**EDGAR GERENAS C.**
Técnico de Saneamiento
Inspector Aguas, Alimentos
y Bebidas Alcohólicas

**LUIS ORLANDO PRADA S.**
Médico Veterinario
Inspector Riesgos Biológicos
y Zoonosis

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

***EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN***
***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO***

## HACE CONSTAR:

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA** con cédula de ciudadanía número **1.013.642.441**

**CONTRATO N° SS80/2013**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO EN SANEAMIENTO.**
**Duración:** Suscripción 2013-10-16 Terminación 2014-01-31.
**Valor total de la contratación:** $5.121.200

**CONTRATO N° PP208/2014**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO EN SANEAMIENTO.**
**Duración:** Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.
**Valor total de la contratación:** $17.229.400

**CONTRATO N° PP148/2015**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO AMBIENTAL.**
**Duración:** Suscripción 2015-02-01 Terminación 2016-01-31.
**Valor total de la contratación:** $18.549.000

**CONTRATO N° PP2016 324/2016**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO AMBIENTAL.**
**Duración:** Suscripción 2016-02-03 Terminación 2016-02-09.
**Valor total de la contratación:** $ 362.810

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 11 del mes de febrero de 2016

Martha P. Jiménez A.

**MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA**
**Profesional Especializado**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.642.441

LESMES MAHECHA

APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

08-AGO-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00633880-F-1013642441-20141023 0040566235A 2 1643055794

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463703910

(415)7707212489984(8020) 000001446370391 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 3 6 4 2 4 4 1 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 1 3 | 1 0 1 3 6 4 2 4 4 1 | 2 0 1 1 0 8 0 8 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LESMES | MAHECHA | PAULA | ANDREA |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| | |

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 15 A 31 D SUR 20 BRR GUSTAVO RESTREPO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| paula.lesmes06@hotmail.com | | 3 1 8 4 2 4 9 7 8 3 | |

## 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 |
| 3 9 0 0 | 2 0 1 3 1 0 1 2 | | | | | | |

### 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: | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 7

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 LESMES MAHECHA PAULA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 27-03-2018
Hora: 10:48:30 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1013642441-8 PAULA ANDREA LESMES MAHECHA

**Información General**

*Dirección* KR 15 A 31 D 20 SUR

*Teléfonos* 3184249783

*Dirección electrónica* PAULA.LESMES06@HOTMAIL.COM

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 16/08/2013

*Soporte Inscripción* 15600458

*Fecha Inicio Actividades* 16/08/2013

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18002818690

***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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.

**25962-8049572 CND**

Fecha de Expedición: **31/03/2017**

Nombre:
**PAULA ANDREA**
**LESMES MAHECHA**

Identificación:
**C.C. 1013642441**

Profesión:
**TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL**

Institución:
**UNIVERSIDAD ECCI**



160786/1016

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza al titular a ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería en el Territorio Nacional.

PRESIDENTE DEL CONSEJO

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
Nº E2018VEN00145823

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

EL DIRECTOR GENERAL

**CERTIFICA:**

1. Que LESMES MAHECHA PAULA ANDREA identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº 1013642441, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, como TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL con Certificado de Inscripción Profesional Nº 25962-8049572 CND desde el (los) treinta y uno (31) día(s) del mes de marzo del año dos mil diecisiete (2017).

2. Que la (el) Certificado de Inscripción Profesional es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que la (el) referida (o) Certificado de Inscripción Profesional se encuentra vigente, por lo cual el profesional certificado actualmente NO está impedido para ejercer la profesión.

4. Que el profesional NO tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación tiene una validez de seis (6) meses y se expide en Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes (julio) del año dos mil dieciocho (2018).

RUBÉN DARÍO OCHOA ARBELÁEZ

Firma del titular (*)

(*) Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado.

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV indicado el código que se encuentra en el costado izquierdo de este documento

Calle 78 Nº 9 – 57 Piso 13 – Bogotá D.C. Pbx: 3220102 – Correo-e: contactenos@copnia.gov.co
www.copnia.gov.co



Documento firmado por: CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA - COPNIA, Nº de serie: 129108584675837808982322119188060538850.
Emisor del certificado: AC TESTINTE CERTICAMARA S.A., Fecha de emisión de la firma: 24/07/2018 13:18:08.
Código Seguro de Verificación [http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV]: EgoUUPzKCHyPVO9e/nQp http://www.copnia.gov.co
Página 1 de un total de 1 página(s).

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1 | 27 MAR 2018 | HEPAVAX L. 1434033.01 V. 2020-01-09 | INS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3 |
| | 2 | 27/04/2018 | Esanof LFX16002 | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| HEPATITIS A+B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| HEPATITIS A | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| INFLUENZA | 1 | | | |
| TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| F. AMARILLA | 1 | | | |

Vacunarse es su Seguro de Vida

Scanned by CamScanner

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| DPT ACELULAR | 1 | | | |
| NEUMOCOCO | 1 | | | |
| MENINGOCOCO | 1 | | | |
| ANTIRRÁBICA | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| F.TIFOIDEA | 1 | | | |
| T.VIRAL | 1 | | | |
| | 2 | | | |

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 09216

Centro Especializado de Vacunación

**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**

*Vacunarse es su Seguro de Vida*

NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Paula Andrea Lomes M.

IDENTIFICACIÓN: 1.013.642.441

TELÉFONO: 3184249783 F.N.: 27-06-93

Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.com

Scanned by CamScanner

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1 | 27 MAR 2018 | HEPAVAX L. 1434033.01 V. 2020-01-09 | IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3 |
| | 2 | 27/04/2018 | SANOFI LFX16002 | |
| | 3 | 27/10/18 | | |
| | R | | | |
| HEPATITIS A+B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| HEPATITIS A | 1 | | | |
| | 2 | | | |

Centro Especializado de Vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

| Vacuna |
|---|
| VARICELA |
| INFLUENZA |
| TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD |
| F. AMARILLA |

Scanned by CamScanner

| FIRMA |
| --- |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado de Vacunación

Nº 09216

## IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

*Vacunarse es su Seguro de Vida*

NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Paula Andrea Lopes M.

IDENTIFICACIÓN: 1.013.642.441

TELÉFONO: 3184249783 F.N.: 27-06-93

Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.com

VIGILADO Supersalud

Scanned by CamScanner

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud




## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 17 | 9 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: PAULA ANDREA LESMES MAHECHA C.C. 1.013.642.441 EDAD: 23 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL CENTRO ORIENTE CARGO: TECNICO AMBIENTAL Tel.: Cel.: 3188223452

## RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | OK | | |
| Espirometria | | | |
| Audiometria | | | |
| Visiometría | | | |
| Optometría | | | |
| Electrocardiograma | | | |
| Psicología Laboral | | | |
| Radiología Túnel/Carpo | | | |
| Radiología Columna | | | |
| Radiología Tórax | | | |

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Respiratorio | OK | | |
| Dermatología | OK | | |
| Osteomuscular | OK | | |
| Cardiovascular | OK | | |
| Vacunas | | | |
| Prueba de Equilibrio | | | |
| Otros | | | |

## LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | | | |
| Glicemia | | | |
| Colesterol | | | |
| Triglicerios | | | |

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Serología | | | |
| Parcial de Orina | | | |
| RH - Grupo Sanguíneo | | | |
| Varios | | | |

### Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS ( CURSO SENA) ☐ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

| | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo sin restricciones | SI | | Aplazado | | |
| Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo | | | No apto para este cargo | | |
| Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel | | | | | |

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐ | Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Apto para el cargo. Actividad laboral en superficie. Enfasis Osteomuscular Satisfactorio.

### RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Higiene Postural | X | 6. Control Audiometrico | | 11. Estilos de Vida Saludable | |
| 2. Pausas Activas | X | 7. Uso de Doble Proteccion Auditiva | | 12. Evitar Posturas Prolongadas | |
| 3. Ergonomía del Puesto de Trabajo | X | 8. Control Optometrico Periodico | | 13. Uso de Medias de Compresión Graduado | |
| 4. Uso de Elementos de Protección Personal | X | 9. Uso de Lentes permanentes | | 14. Valoración y Manejo en IPS | |
| 5. Valoración por IPS de Medicina Laboral | | 10. Control de Tension Arterial | | | |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de dejar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4687
Res. 6970 de 03/08/2009

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1013642441

Huella I.D.



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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

| **FECHA:** | 2018-07-24 | **CIUDAD:** | BOGOTA | **DEPARTAMENTO:** | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido 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** | X | **SERVIDOR PUBLICO** | | **OTRO** | | **CUAL:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **LESMES** | **MAHECHA** | **PAULA** | **ANDREA** | | |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **No IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E. | | 1013642441 | BOGOTA D.C | | 2011-08-08 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** | X | |

| **FECHA NACIMIENTO:** | **LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)** | **PAIS NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD:** |
|---|---|---|---|
| 1993-06-27 | BOGOTA | **COLOMBIA** | COLOMBIANA |

| **ESTADO CIVIL** | | | | **PERSONA A CARGO** | **NUMERO DE HIJOS** | **TELEFONO CELULAR** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | | CASADO(A) | | | | 3184249783 |
| VIUDO(A) | X | | | | | |
| DIVORCIADO(A) | | UNION LIBRE | | | | |

| **NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA** | | | | | | | | **PROFESION / OFICIO** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | | POSGRADO | | UNIVERSITARIO | | BACHILLER | | **TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL** |
| | | | | TECNOLOGO | | OTRO | | |
| PRIMARIA | | TECNICO | | CUAL: | | | | |
| | X | | | | | | | |

| **DIRECCION RESIDENCIA:** | **CIUDAD RESIDENCIA** | **DEPARTAMENTO:** | **PAIS RESIDENCIA:** | **TELEFONO RESIDENCIA** |
|---|---|---|---|---|
| **KR 15 A 31 D 20 SUR** | **BOGOTA** | **BOGOTA** | **COLOMBIA** | |

| **CORREO ELECTRONICO:** | **PORTAL O PAGINA INTERNET** | **TIPO DE VIVIENDA** | | |
|---|---|---|---|---|
| PAULA.LESMES06@HOTMAIL.COM | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA X |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **NUMERO IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | | C.E. | | | | |
| R.C. | | NUIP | | | | |
| PASAPORTE | | OTRO | | CUAL: | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** **NO** | NACIONALIDAD: |

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | PENSIONADO | |
| SOCIO | | CONTRATISTA | X | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA. . . . . | |

**CUAL:**

| **INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:** | **DECLARA RENTA** | | **IVA** | | | **CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **SI** | | **SI** | **NO** X | 3900 |
| | | **NO** X | **ICA** | **SI** X | **NO** | **PRINCIPAL:** X **SECUNDARIA:** |

| **GRAN CONTRIBUYENTE** | | | | **AGENTE RETENEDOR** | | **AGENTE AUTORETENEDOR** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SI** | | **NO** | X | | **SI** | | **SI** |
| | | | | | **NO** X | | **NO** X |

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] | SUBRED CENTRO ORIENTE |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO [ ] | SERVICIOS [ ] | SALUD [X] | | 900959051-7 | |

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

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| KR 12 D 26 A 62 SUR | 3444484 | BOGOTA | BOGOTA D.C | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | TECNICO AMBIENTAL | FECHA VINCULACION | 2016-09-05 |
|---|---|---|---|

## 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 | $ 500.000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 1.500.000 | 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* | $ 500.000 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 1.500.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 1.000.000** | **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 |
|---|---|---|---|
| CASTELLANOS | TORRES | BRIGITTE | TATIANA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| KR 21 13 58 | BOGOTA | AMIGO | 3184015267 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | CUENTA DE AHORROS | 74107715 | LAS AGUAS | 5528777 |

**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 EXTRANJERA [ ]
**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.):

*TECNICO AMBIENTAL*

**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 adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
**4.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
**5.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
**6.** Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
**7.** Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

## 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 ) días, 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 comercials, 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.

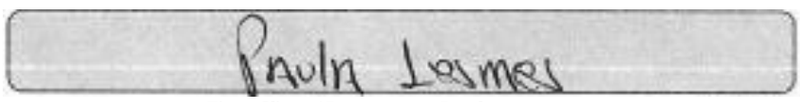
**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO*** ).
**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co***)*** en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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:** | | |

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1013642441** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1013642441 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | PAULA ANDREA LESMES MAHECHA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | PROTECCION LABORAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01-09-2016 |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA | 30-06-2018 |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 108 |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 0 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 51 |

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **23/07/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

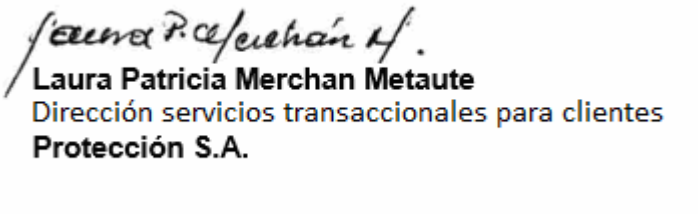
**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.013.642.441** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de octubre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de julio de 2018.

Cordialmente,



**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

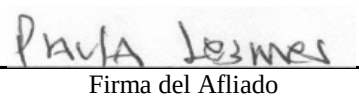
***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018072319135

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**<br>**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-024**<br>**VERSIÓN: 01**<br>**FECHA: 2017-08-04** |

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1013642441 | | | SEGUROS BOLIVAR |
| Numero de Documento | | | ARL |
| PAULA | ANDREA | LESMES | MAHECHA |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 27/06/1993 | BOGOTA DC | KR 15 A 31 D 20 SUR | |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
| SURA | PROTECCION | | 1500000 |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | | Honorarios |
| TECNICO AMBIENTAL | | | |
| Objeto Contractual (Cargo) | | | Fecha Inicio del Contrato |
| PLESMES.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM | | | 3182429783 |
| Correo Electrónico | | | Celular |
|  | | | |
| Firma del Afliado | | | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
| | | | C.C. |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 112665713

WEB
19:22:56


Bogotá DC, 23 de julio 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) PAULA ANDREA LESMES MAHECHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013642441:

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.**

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 lunes 23 de julio de 2018, a las 19:21:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1013642441 |
| Código de Verificación | 1013642441180723192127 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2343959**

**Bogotá D.C., 23 de Julio de 2018 - 19:22 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) **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN** de BOGOTA DC

**1013642441**

**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.

HELMULT DIONEY VALLEJO TUNJO
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_GJZE3_2219**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 19:15:30 horas del 23/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1013642441**
Apellidos y Nombres: **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA**

**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.

Volver al Inicio

BBVA Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**
**NIT 860.003.020-1**
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.013.642.441** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074107715** aperturada el **31 de octubre de 2013**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **29** días del mes de **mayo** del año **2018**.

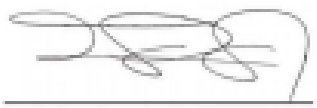
---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074107715**
Cuenta de 16 dígitos: **0074000200107715**
Cuenta de 20 dígitos: **00130074000200107715**

---

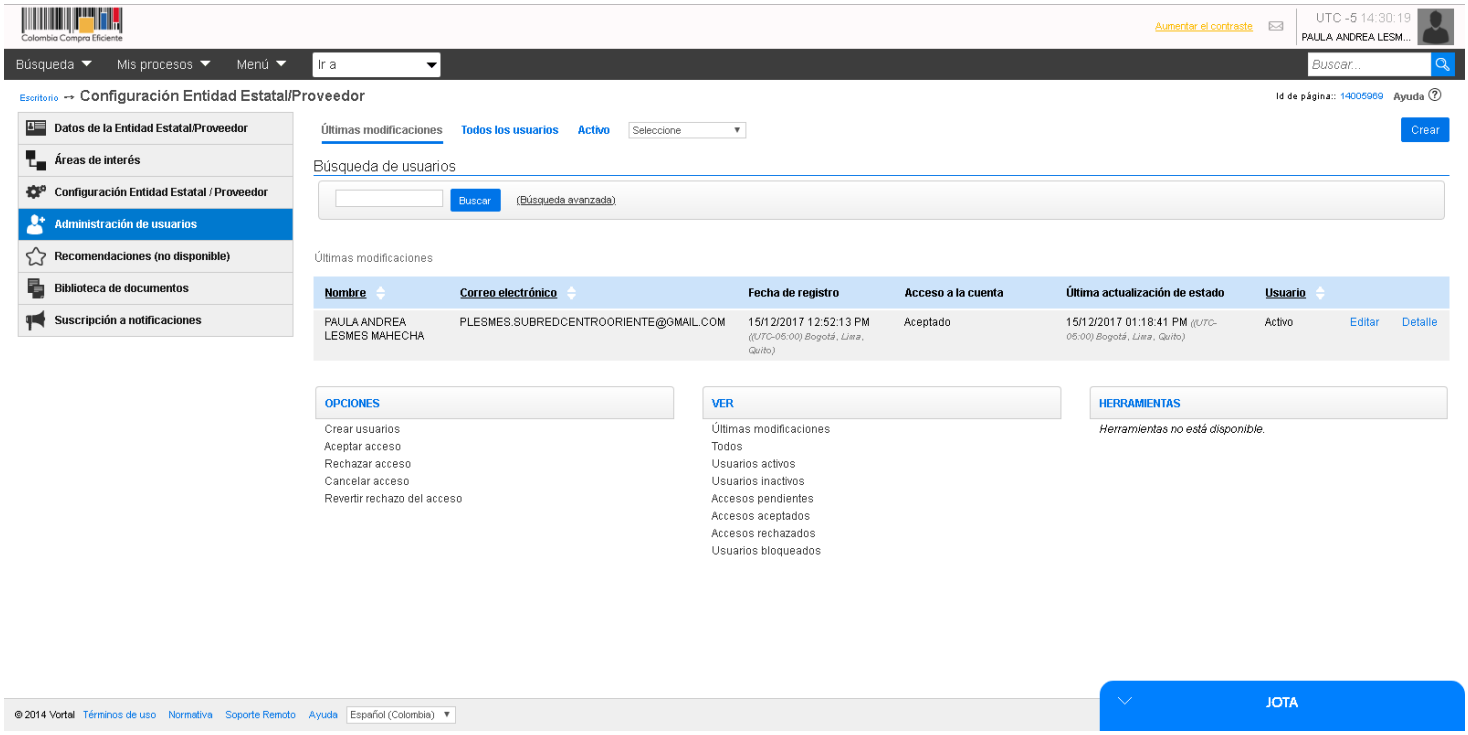
Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:30:19
PAULA ANDREA LESM...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ↦ Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
PAULA ANDREA LESMES MAHECHA
PLESMES.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM
15/12/2017 12:52:13 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
15/12/2017 01:18:41 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
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 disponible.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

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* |
|---|---|---|
| LESMES | MAHECHA | PAULA ANDREA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1013642441**

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 27 MES 06 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA D.C

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CL 27 A SUR 13 38

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA D.C.

TELÉFONO 5623455 EMAIL paula.lesmes06@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 10 AÑO 2009 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 2 | X | | TECNICO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | 11 | 2011 | |
| TL | 5 | | X | TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL | 09 | 2016 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* R | B | MB | *LO LEE* R | B | MB | *LO ESCRIBE* R | B | MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGLES | X | | | | X | | | X | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| SUB RED CENTRO ORIENTE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA DC | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DÍA 05 MES 09 AÑO 2016 | DÍA 30 MES 06 AÑO 2018 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TECNICO AMBIENTAL | SALUD PUBLICA | DG 34 5 43 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL E.S.E | X | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA DC | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DÍA 16 MES 10 AÑO 2013 | DÍA 03 MES 02 AÑO 2016 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TEC EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | SALUD PUBLICA | DG 34 # 5-43 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL PROFESOR JORGE CAVELIER | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | CAJICA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| (091)8795331 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2010 | DÍA 15 MES 12 AÑO 2010 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| TEC SANEAMIENTO AMBIENTAL | VIGILANCIA SANITARIA | CARRERA 4 NO 1 -68 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

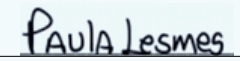
| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 4 | 4 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 0 | 0 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 0 | 0 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 4 | 4 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* BOGOTA DC , 24/07/2018



*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 CONTRAT*

**FORMATO ÚNICO**

# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

**PERSONA NATURAL**

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO**

**COBERTURA:** Este Fomulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

**INSTRUCCIONES GENERALES :**

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

**DEFINICIONES :**

**Acreencias y obligaciones vigentes :** Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

**Actividades económicas de carácter privado :** Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

**Bienes patrimoniales** : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

**Calidad de miembro :** Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

**Carácter de la entidad :** Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

**Ciudad y fecha :** Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

**Declaración juramentada :** Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente dilenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

**Ingresos y rentas del último año gravable**: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declación.

**Participación en juntas, consejos y sociedades** : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

**Primer grado de consanguinidad:** Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :**

**1. Declaración juramentada**

**1.1 Bienes y rentas.**

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

**1.2 Participación en juntas y sociedades:**

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

**2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:**

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

**3. Firma del Servidor Público:**

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

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, PAULA ANDREA LESMES MAHECHA

IDENTIFICADO CON : 1 C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 1013642441 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

| DIRECCIÓN | TELÉFONOS |
|---|---|
| CL 27 A SUR 13 38 | 3184249783 |

| MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|
| Bogotá DC | Cundinamarca | Colombia |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|
| YOVANA MAHECHA SEGURA | 52205716 | MADRE |
| OMAR MAURICIO LESMES PEÑA | 79735488 | PADRE |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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** [X], **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 | 1500000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| **TOTAL** | 1500000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 074107715 | LAS AGUAS | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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 [ ] NO [X] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ] | Nº |
|---|---|---|
| | | |

## 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

Paula Lesmes

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA DC 24/07/2018

CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 10 de Agosto de 2014 por el M.E.N.
Digilada Mineducación

Confiere a

## Paula Andrea Lesmes Mahecha

C.C. 1.013.642.441 de Bogotá D. C.

El título de

Tecnólogo en

## Desarrollo Ambiental

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.
A los 30 días del mes de Septiembre de 2016 .

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Decano de Facultad

Folio 5 Libro 44 No de registro 591 a registro en los archivos de esta Institución

REPUBLICA DE COLOMBIA

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

CORPORACION CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD

*EDUSALUD*

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Autorización Oficial expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá según Resoluciones 2540 de 1.997 y 13049 de 2.011
Aprobación del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud según Acuerdos Ejecutivos: 0100 de 2.010 y 0165 de 2.010 M.P.S.

Teniendo en cuenta que:

# Paula Andrea Lesmes Mahecha

C.C. 1.013.642.441 Expedida en: Bogotá D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios en el área de Ciencias del Ambiente le confiere el presente

## Certificado de Aptitud Ocupacional

# TECNICO LABORAL EN SANEAMIENTO AMBIENTAL

CON UNA INTENSIDAD DE 1.300 HORAS ACADÉMICAS

EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE REFRENDA ESTE CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES ACADEMICAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. A LOS 18 DIAS DE NOVIEMBRE DE 2.011

EDUSALUD

Rector

Coordinador Académico

EDUSALUD COORDINACION ACADEMICA

La República de Colombia

y en su nombre el

# Colegio Alejandro Obregón

## Institución Educativa Distrital

Autorizado por [illegible] Bogotá D.C.

Según Resolución [illegible]

Confiere a:

## Paula Andrea Lesmes Mahecha

Identificado(a) con 930627-05459

El Título de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes de conformidad con la Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994

Rector

Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 42 Libro de Registro No. 02

Dado en Bogotá, D.C. a 28 de Noviembre de 2009

UNIVERSIDAD ECCI

## ACTA DE GRADO No. 071

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**UNIVERSIDAD ECCI**
**APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014**
**DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

*Digilada Mineducación*

En Bogotá D.C., a los 30 (Treinta) días del mes de Septiembre de 2016 en las instalaciones del Teatro El Dorado ECCI, siendo las 9:00 AM, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA**, identificado(a) con la C.C. No. **1013642441** expedida en Bogotá D.C., quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el (la) **SEMINARIO DE PROFUNDIZACIÓN** titulado(a) **QUÍMICA,** obteniendo una calificación de 4.3 **(Cuatro Punto Tres)** con concepto **Aprobatorio (a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **TECNÓLOGA EN DESARROLLO AMBIENTAL.**

Para constancia se firma la presente.

**MSC. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ**
RECTOR

**ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO**
SECRETARIA GENERAL

**MSC. ALEJANDRO ENRIQUE MORENO ANDRADE**
DECANO DE FACULTAD

EDUSALUD

**CORPORACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD**

Personería Jurídica No. 621 de 1993

Resoluciones de Aprobación No. 2540 de 1997 - 13049 de 2011 S.E.D.

Acuerdos No. 0100 y 0165 de 2010 C.I.T.H.S.

## ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 215

En la Rectoría de la **CORPORACION CENTRO DE ESTUDIO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DEL AMBIENTE EN SALUD – EDUSALUD,** el día 18 de Noviembre del año 2011 se llevó a cabo la certificación del(la) alumno(a):

**PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**
C.C. No. 1.013.642.441 de Bogotá

Acto que presidió el señor Rector en presencia del Director Académico de la Corporación, del(la) alumno(a) y sus invitados.

En desarrollo del orden del día, el Director Académico hizo la presentación del (la) estudiante, atestiguó su aprobación y cumplimiento de los requisitos académicos y reglamentarios según las evaluaciones y calificaciones acreditadas en el registro académico del programa desarrollado, con una intensidad de 1300 horas.

En consecuencia, el señor Rector en representación de la Corporación, institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano, legalmente constituida y aprobada por las Resoluciones 1539 de 1994, 3029 de 1995, 2540 de 1997 y 13049 de 2011 de la Secretaría de Educación Distrital y los Acuerdos 0100 de 2010 y 0165 de 2010 expedidos por el Ministerio de la Protección Social y autorizada para ofrecer programas de formación laboral y académica, le tomó el juramento al(la) alumno(a) y le otorgó el certificado de Aptitud Ocupacional como:

**TECNICO LABORAL EN SANEAMIENTO AMBIENTAL**

Para constancia se firma en la cuidad de Bogotá D.C., a los 18 días del mes de Noviembre de 2011.

**MIGUEL ADOLFO ROA GAITAN**
**Rector**

**JOSE ISRAEL ROA MENDOZA**
**Director Académico**

# Acta Individual de Grado

# Colegio Alejandro Obregón

## Institución Educativa Distrital

Jornada Tarde

Calle 30 Sur No. 15 – 45 Teléfono 361 84 77

Bogotá D.C.

Inscripción S.E. 6803 Inscripción DANE 11100115176

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre del año 2009 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes, de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del COLEGIO ALEJANDRO OBREGÓN Institución Educativa Distrital, Jornada Tarde, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Preescolar, Básica y Media. Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2595 del 28 de Agosto de 2002.

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

TÍTULO DE

## BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

# Paula Andrea Lesmes Mahecha

**Identificado(a) con 930627-05459**

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 020 de Fecha 28 de Noviembre de 2009, que consta de 65 estudiantes graduados, que comienza con el nombre de Balaguera Cárdenas Cristian Jair y se cierra con el nombre de Yepes Giraldo Leidy Catalina.

Firmada por:

REINERIO GUTIÉRREZ MELO Rector y
CLAUDIA MABEL CARRASCO PATIÑO Secretaria

Dada en Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre de 2009.

Firmada

Reinerio Gutiérrez Melo
C.C. 19.291.018 de Bogotá
Rector

Claudia Mabel Carrasco Patiño
C.C. 52.119.660 de Bogotá
Secretaria

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 DEL TALENTO HUMANO**
**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS**

**CÓDIGO: ET-GT-FT-014**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo_PAULA ANDREA LESMES MAHECHA 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:

_TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Paula Lesmes

No. de documento: 1013642441

Tarjeta profesional No: 25962-80449572 CND

Dirección de contacto: KR 15A 31D 20 JVK

Teléfono: 3184244783

Empresa Social del Estado
HOSPITAL PROFESOR
JORGE CAVELIER
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

*SANEAMIENTO AMBIENTAL*
**Área de Vigilancia y Control**

# A QUIEN INTERESE

La Comisión Técnica de Saneamiento Ambiental de la E. S. E. Hospital Profesor Jorge Cavelier del municipio de Cajicá - Cundinamarca, hacen constar que la señorita Paula Andrea Lesmes Mahecha identificada con C. C. No. 1.013.642.441 de Bogotá, laboró en nuestra institución desde el Dos (02) de Enero hasta el Quince (15) de Diciembre del 2010 como Técnico de Saneamiento desarrollando las actividades propias de Inspección, Vigilancia y Control de los factores de riesgo higiénico sanitario en el municipio.

Que durante su ejercicio laboral, se identificó por ser una persona seria, responsable, amable, honesta y muy cumplidora de su trabajo.

Se expide a solicitud de la interesada a los Tres (03) días del mes de Mayo del año Dos mil doce (2012).

Atentamente,

E.S.E. HOSPITAL
PROFESOR JORGE CAVELIER
NIT: 832002436

**EDGAR GERENAS C.**
Técnico de Saneamiento
Inspector Aguas, Alimentos
y Bebidas Alcohólicas

**LUIS ORLANDO PRADA S.**
Médico Veterinario
Inspector Riesgos Biológicos
y Zoonosis

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Centro Oriente

***EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN***
***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO***

## HACE CONSTAR:

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA** con cédula de ciudadanía número **1.013.642.441**

**CONTRATO N° SS80/2013**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO EN SANEAMIENTO.**
**Duración:** Suscripción 2013-10-16 Terminación 2014-01-31.
**Valor total de la contratación:** $5.121.200

**CONTRATO N° PP208/2014**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO EN SANEAMIENTO.**
**Duración:** Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.
**Valor total de la contratación:** $17.229.400

**CONTRATO N° PP148/2015**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO AMBIENTAL.**
**Duración:** Suscripción 2015-02-01 Terminación 2016-01-31.
**Valor total de la contratación:** $18.549.000

**CONTRATO N° PP2016 324/2016**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **TECNICO AMBIENTAL.**
**Duración:** Suscripción 2016-02-03 Terminación 2016-02-09.
**Valor total de la contratación:** $ 362.810

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día 11 del mes de febrero de 2016

Martha P. Jiménez A.

**MARTHA PATRICIA JIMENEZ AVILA**
**Profesional Especializado**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.642.441

LESMES MAHECHA

APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

08-AGO-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00633880-F-1013642441-20141023 0040566235A 2 1643055794

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463703910

(415)7707212489984(8020) 000001446370391 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 3 6 4 2 4 4 1 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## 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 1 3 | 1 0 1 3 6 4 2 4 4 1 | 2 0 1 1 0 8 0 8 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LESMES | MAHECHA | PAULA | ANDREA |

35. Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| | |

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 15 A 31 D SUR 20 BRR GUSTAVO RESTREPO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| paula.lesmes06@hotmail.com | | 3 1 8 4 2 4 9 7 8 3 | |

## 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 |
| 3 9 0 0 | 2 0 1 3 1 0 1 2 | | | | | | |

### 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: | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 7

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 LESMES MAHECHA PAULA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 27-03-2018
Hora: 10:48:30 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1013642441-8 PAULA ANDREA LESMES MAHECHA

**Información General**

*Dirección* KR 15 A 31 D 20 SUR

*Teléfonos* 3184249783

*Dirección electrónica* PAULA.LESMES06@HOTMAIL.COM

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 16/08/2013

*Soporte Inscripción* 15600458

*Fecha Inicio Actividades* 16/08/2013

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18002818690

***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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.

**25962-8049572 CND**

Fecha de Expedición: **31/03/2017**

Nombre:
**PAULA ANDREA**
**LESMES MAHECHA**

Identificación:
**C.C. 1013642441**

Profesión:
**TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL**

Institución:
**UNIVERSIDAD ECCI**



160786/1016

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza al titular a ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería en el Territorio Nacional.

PRESIDENTE DEL CONSEJO

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1 | 27 MAR 2018 | HEPAVAX L. 1434033.01 V. 2020-01-09 | IMS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3 |
| | 2 | 27/04/2018 | Sanofi LFX16002 | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |
| HEPATITIS A+B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| HEPATITIS A | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| INFLUENZA | 1 | | | |
| TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| F. AMARILLA | 1 | | | |

Vacunarse es su Seguro de Vida

Scanned by CamScanner

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | LOTE No. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| DPT ACELULAR | 1 | | | |
| NEUMOCOCO | 1 | | | |
| MENINGOCOCO | 1 | | | |
| ANTIRRÁBICA | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| F.TIFOIDEA | 1 | | | |
| T.VIRAL | 1 | | | |
| | 2 | | | |

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nº 09216

Centro Especializado de Vacunación

**IPS VACUNAR COLOMBIA SAS**

*Vacunarse es su Seguro de Vida*

NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Paula Andrea Lomes M.

IDENTIFICACIÓN: 1.013.642.441

TELÉFONO: 3184249783 F.N.: 27-06-93

Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.vacunarcolombia.com

Scanned by CamScanner

# EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

## UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
**Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T**
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud




## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 17 | 9 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: PAULA ANDREA LESMES MAHECHA C.C. 1.013.642.441 EDAD: 23 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL CENTRO ORIENTE CARGO: TECNICO AMBIENTAL Tel.: Cel.: 3188223452

## RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Valoración Medica Laboral | OK | | |
| Espirometria | | | |
| Audiometria | | | |
| Visiometría | | | |
| Optometría | | | |
| Electrocardiograma | | | |
| Psicología Laboral | | | |
| Radiología Túnel/Carpo | | | |
| Radiología Columna | | | |
| Radiología Tórax | | | |

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Respiratorio | OK | | |
| Dermatología | OK | | |
| Osteomuscular | OK | | |
| Cardiovascular | OK | | |
| Vacunas | | | |
| Prueba de Equilibrio | | | |
| Otros | | | |

## LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Cuadro Hematico IVG | | | |
| Glicemia | | | |
| Colesterol | | | |
| Triglicerios | | | |

| | NORMAL | ANORMAL | |
|---|---|---|---|
| Serología | | | |
| Parcial de Orina | | | |
| RH - Grupo Sanguíneo | | | |
| Varios | | | |

### Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS ( CURSO SENA) ☐ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

| | SI | NO | | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo sin restricciones | SI | | Aplazado | | |
| Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo | | | No apto para este cargo | | |
| Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel | | | | | |

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐ | Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Apto para el cargo. Actividad laboral en superficie. Enfasis Osteomuscular Satisfactorio.

### RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Higiene Postural | X | 6. Control Audiometrico | | 11. Estilos de Vida Saludable | |
| 2. Pausas Activas | X | 7. Uso de Doble Proteccion Auditiva | | 12. Evitar Posturas Prolongadas | |
| 3. Ergonomía del Puesto de Trabajo | X | 8. Control Optometrico Periodico | | 13. Uso de Medias de Compresión Graduado | |
| 4. Uso de Elementos de Protección Personal | X | 9. Uso de Lentes permanentes | | 14. Valoración y Manejo en IPS | |
| 5. Valoración por IPS de Medicina Laboral | | 10. Control de Tension Arterial | | | |

### CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de dejar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS
Dr. Camilo Velásquez Velasco
Medico Laboral
R.M. 4687
Res. 6970 de 03/08/2009

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 1013642441

Huella I.D.



Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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

| **FECHA:** | 2018-06-06 | **CIUDAD:** | BOGOTA | **DEPARTAMENTO:** | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido 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** | X | **SERVIDOR PUBLICO** | | **OTRO** | | **CUAL:** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **LESMES** | **MAHECHA** | **PAULA** | **ANDREA** | | |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **No IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 1013642441 | BOGOTA D.C | 2011-08-08 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** X | |

| **FECHA NACIMIENTO:** | **LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)** | **PAIS NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD:** |
|---|---|---|---|
| 1993-06-27 | BOGOTA | **COLOMBIA** | COLOMBIANA |

| **ESTADO CIVIL** | **PERSONA A CARGO** | **NUMERO DE HIJOS** | **TELEFONO CELULAR** |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X VIUDO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE | | | 3184249783 |

| **NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA** | | | | | | | | **PROFESION / OFICIO** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | POSGRADO | UNIVERSITARIO | BACHILLER | PRIMARIA | TECNICO | CUAL: | | **TECNOLOGO EN DESARROLLO AMBIENTAL** |
| | | TECNOLOGO | OTRO | X | | | | |

| **DIRECCION RESIDENCIA:** | **CIUDAD RESIDENCIA** | **DEPARTAMENTO:** | **PAIS RESIDENCIA:** | **TELEFONO RESIDENCIA** |
|---|---|---|---|---|
| **KR 15 A 31 D 20 SUR** | **BOGOTA** | **BOGOTA** | **COLOMBIA** | |

| **CORREO ELECTRONICO:** | **PORTAL O PAGINA INTERNET** | **TIPO DE VIVIENDA** | | |
|---|---|---|---|---|
| PAULA.LESMES06@HOTMAIL.COM | | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA X |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO:** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
|---|---|---|---|
| | | | |

| **TIPO DE IDENTIFICACION** | | | | **NUMERO IDENTIFICACION** | **LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)** | **FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | R.C. | NUIP | | | |
| PASAPORTE | OTRO | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** **NO** | NACIONALIDAD: |

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | **CUAL:** | |
| SOCIO | CONTRATISTA X | COMERCIANTE | EMPLEADO PUBLICO | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | EMPLEADO SOCIO | | OTRA. . . . . | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:** | **DECLARA RENTA** | **SI** ☐ **NO** ☒ | **IVA** | **SI** ☐ | **NO** ☒ | **CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** 3900 | |
| | | | **ICA** | **SI** ☒ | **NO** ☐ | **PRINCIPAL:** ☒ | **SECUNDARIA:** ☐ |
| **GRAN CONTRIBUYENTE** | **SI** ☐ **NO** ☒ | **AGENTE RETENEDOR** | | **SI** ☐ **NO** ☒ | | **AGENTE AUTORETENEDOR** | **SI** ☐ **NO** ☒ |

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 ☒ | SI ☐ NO ☒ | SUBRED CENTRO ORIENTE |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | # NIT |
|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ | | 900959051-7 |

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| KR 12 D 26 A 62 SUR | 3444484 | BOGOTA | BOGOTA D.C | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | TECNICO AMBIENTAL | FECHA VINCULACION | 2016-09-05 |
|---|---|---|---|

## 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 | $ 500.000 | AHORROS | $ 0 | SALDO HIPOTECA | $ 0 |
| HONORARIOS | $ 1.500.000 | 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* | $ 500.000 | OTROS ACTIVOS* | $ 0 | OTROS PASIVOS* | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 1.500.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 1.000.000** | **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 |
|---|---|---|---|
| CASTELLANOS | TORRES | BRIGITTE | TATIANA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| KR 21 13 58 | BOGOTA | AMIGO | 3184015267 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | CUENTA DE AHORROS | 74107715 | LAS AGUAS | 5528777 |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:** SI ☐ NO ☒

| 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 EXTRANJERA ☐ **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.):

*TECNICO AMBIENTAL*

**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 adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
**4.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
**5.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
**6.** Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
**7.** Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

## 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 ) días, 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 comercials, 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.

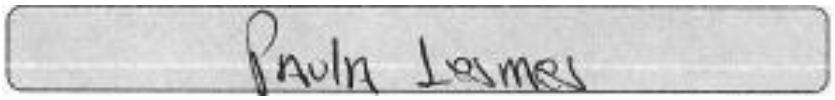
**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO*** ).
**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co**)** en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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:** | | |

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1013642441** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1013642441 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | PAULA ANDREA LESMES MAHECHA |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | PROTECCION LABORAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01-09-2016 |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA | 30-06-2018 |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 108 |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 0 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 51 |

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **23/07/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

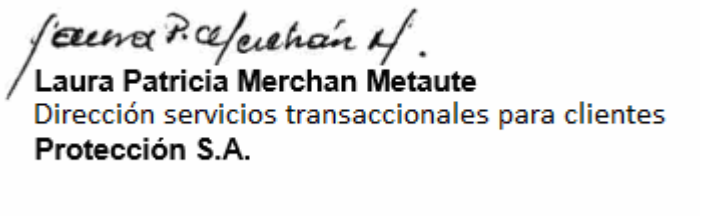
**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.013.642.441** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de octubre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de julio de 2018.

Cordialmente,



**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018072319135

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

| | |
|---|---|
| 1013642441 | SEGUROS BOLIVAR |
| Numero de Documento | ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAULA | ANDREA | LESMES | MAHECHA |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 27/06/1993 | BOGOTA DC | KR 15 A 31 D 20 SUR | |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| SURA | PROTECCION | 1500000 |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| TECNICO AMBIENTAL | |
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |
| PLESMES.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM | 3182429783 |
| Correo Electrónico | Celular |
| Paula Lesmes | |
| Firma del Afiliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
| | C.C. |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 112665713

WEB
19:22:56


Bogotá DC, 23 de julio 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) PAULA ANDREA LESMES MAHECHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013642441:

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.**

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 lunes 23 de julio de 2018, a las 19:21:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1013642441 |
| Código de Verificación | 1013642441180723192127 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2343959**

**Bogotá D.C., 23 de Julio de 2018 - 19:22 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) **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN** de BOGOTA DC

**1013642441**

**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.

HELMULT DIONEY VALLEJO TUNJO
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_GJZE3_2219**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 19:15:30 horas del 23/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1013642441**
Apellidos y Nombres: **LESMES MAHECHA PAULA ANDREA**

**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.

Volver al Inicio

BBVA Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**
**NIT 860.003.020-1**
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **PAULA ANDREA LESMES MAHECHA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.013.642.441** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074107715** aperturada el **31 de octubre de 2013**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **29** días del mes de **mayo** del año **2018**.

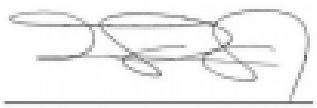
---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074107715**
Cuenta de 16 dígitos: **0074000200107715**
Cuenta de 20 dígitos: **00130074000200107715**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA