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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA: 02-05-2018	FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Rocio Esperanza Mesa S.	DOCUMENTO:	52991241
TELEFONO:	3133749326	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Auxiliar de Enfermeria

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA UNIDAD PARA TODO TIPO DE CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONA DESPUES DE ELABORACION DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II		
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☒	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADÉMICO	SI ☒	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☒	N/A ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	NO ☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☐	N/A ☒
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	N/A ☐
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA _____	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT.	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☒	
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☒
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☒	N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☒	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☒
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☐	N/A ☒
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☑
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☒	N/A ☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☒
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia – Camilleros)	SI ☐	N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE – PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Nueva EPS	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE Colpensiones	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE Colmena	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES – CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES – POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V/B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V/B° Talento Humano:		Fecha:	
V/B° Contratación:		Fecha:	

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario

Género	Femenino
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	52991241
Fecha de emisión	16/04/2001 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	calle 44 sur este 3 - 46
Código postal	
Estado	soltera
Municipio	CUNDIANAMARCA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	rosiomesa2105@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3133749326
Número de fax	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	rochi
Celular	3133749326

Editar

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Mesa	Sanchez	Rocio Esperanza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52.991.241 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 20 MES 01 AÑO 1983

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 44 sur este # 3-46

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá

TELÉFONO 3133749326 EMAIL rosiomesa2105@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 08 AÑO 2003
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
T.C.	3	X		Auxiliar en Enfermeria	06	2014	52991241

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
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
Direccion General de Sanidad Militar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3238555 EXT 1162.	DÍA 01 MES 01 AÑO 2018	DÍA 31 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Auditoria Convenio DGSM	cra 10 # 27-51 of 328

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Direccion General de Sanidad Militar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	edrix.fuentes@sanidad.fuerzasmilitares.mil.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3238555 EXT 1162	DÍA 19 MES 01 AÑO 2017	DÍA 31 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Auditoria Convenio DGSM	Cra 10 # 27-51 of 328

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Direccion General de Sanidad Militar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3238555 EXT 1162	DÍA 06 MES 01 AÑO 2016	DÍA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria	Auditoria Convenio DGSM	cra 10 # 27-51 of 328

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Salud 911 LTDA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogota	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7454626	DÍA 03 MES 03 AÑO 2014	DÍA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Teleoperadora Aux Enfermeria de call center	Call Center	

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		
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		

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).

Bogota 2 Agusto 2018

Rocio Meso

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Rocio Esperanza Mesa Sanchez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 52991241 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogotá

Dirección	Teléfonos
Calle 44 Sur este # 3-46	3133749326

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jeyson Shair Clavijo Mesa	T.I. 1001.300.412.	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [X] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	16.877.790
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$16.877.790 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Ahorros	00212B411	CAN	100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ☐ 1 **NO** ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Ruo Real
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota 26 de Julio del 2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

La República de Colombia
y en su Nombre la
Institución Educativa Distrital

"Simón Rodríguez"

Autorizada por la Secretaría de Educación
Distrital de Bogotá D. C.,
Según Resolución No. 2496 del 27 de Agosto de 2002

Confiere a:

Rocio Esperanza Mesa Sánchez

Identificado (a) con T.C. No. 52.991.241 de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica, según los planes y programas vigentes, en cumplimiento del Artículo No. 7 del Decreto 1860 de 1981 emanado del M.E.N., y según los Artículos 88 y 89 de la ley 115 del 8 de febrero de 1994, el Artículo 11 Numerales 1 y 2 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, y Artículo 7 del decreto 3011 del 19 de Diciembre del 1997 y el P.E.I. de la Institución

Martha C. Venegas
Rectora
C.C. 35.456.197 Usaquén

María Claudia Reina N
María Claudia Reina Naranjo
Secretaria Académica
C.C. 51.974.266 Bogotá

Anotado al Folio No. 17 del Registro de Graduaciones No. 68

Dado en Bogotá, D.C. a 2 de Agosto de 2003

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 5 de Marzo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

CAL EDITORES TEL. [illegible]

Fundación Escuela De Capacitación Colombia

FUNCA

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano, Decreto 2888/2007

Aprobación oficial, según resolución No. 0300007 del 19 de Mayo de 2010, de la Secretaría de Educación del D.C. de Bogotá, Concepto Favorable según acuerdo Nº 119 del 23 de Diciembre de 2008 del emanado del Ministerio de la Protección Social
Reconocimiento SENA resolucion 3757 del 2006.

Confiere el

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

Como

Auxiliar en Enfermería

A

Rocio Esperanza Mesa Sanchez

C.C. No. 52.991.241 de Bogotá D.C.

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos y prácticos con una intensidad total de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C., a los 25 de Junio de 2011

Teresa Mesa D.
Director del Instituto

Secretario del Instituto

Anotado al Folio 46 del Libro 2 de Registro de Funca - Av. Caracas No. 34-43

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
SIMON RODRIGUEZ
JORNADA NOCTURNA

Inscripción S.E. 1902 **DANE11100116318**

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Bogotá D. C. a los Dos (02) días del mes de Agosto del año 2003 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL SIMON RODRIGUEZ** Jornada Tarde, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Preescolar, Básica y Media y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución No. 2496 del Veintisiete (27) de Agosto de 2002.

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

BACHILLER ACADEMICO

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

MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA
C.C. 52.991.241 de BOGOTA

Es fiel copia tomada de Acta original general No. 057 de fecha 02/08/2003 que consta de 34 alumnos que comienza con el nombre de ACEVEDO ABELLA LINDANA y se cierra con el nombre de VASQUEZ RODRIGUEZ JUAN MIGUEL.

Firmada y sellada por MARTHA CLEMENCIA VENEGAS ABELLA (Rectora) y MARIA CLAUDIA REINA NARANJO (Secretaria).

Dada en Bogotá, D. C. a los Dos (02) días del mes de Agosto del año 2003.

Firmado y sellado

Martha Clemencia Venegas Abella
Rectora
C.C. 35.456.197 de Usaquén

María Claudia Reina Naranjo
Secretaria
C.C. 51.974.266 de Bogotá

FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA FUNCA

Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano Decreto 2888 de Agosto de 2007

APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 4676 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2006

ACTA DE CAPACITACION

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los Veinticinco (25) días del mes de Junio del año 2011, se formalizó la entrega de Certificados de Aptitud Ocupacional en Auxiliar en Enfermería de la Fundación Escuela de Capacitación Colombia FUNCA, institución con autorización oficial No. 4676 del 27 de Octubre de 2006 y Resolución – 030007- del 19 de Mayo de 2010 concedida por la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Comprobada la situación académica y de práctica se procede a expedir el:

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL EN

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ
C.C. Nº 52.991.241 DE BOGOTA D.C.

Dada en Bogotá D.C. a los Veinticinco (25) días del mes de Junio del año 2011.

Teresa Mesa D. — Humberto Hernandez H.

DIRECTOR DEL INSTITUTO — SECRETARIO DEL INSTITUTO

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:

FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA FUNCA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Rocio Esperanza Mesa Sanchez 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:

Auxiliar de Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Rocio Mesa

No. de documento: 52991241

Tarjeta profesional No: 52991241

Dirección de contacto: Calle 44 sur este # 3-46

Teléfono: 3133749326

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EL GRUPO DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que el señor (a), MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 52.991.241 de Bogotá D.C., presta sus servicios mediante contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión como Auxiliar de Enfermería , en el Grupo RED de la Dirección General de Sanidad Militar, así:

No. CONTRATO	LAPSO DE DURACION	VALOR CONTRATO
003/2016	OCHO 08 MESES Y VEINTICINCO 25 DÍAS (DEL 06 DE ENERO DE 2016 HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2016) INCLUSIVE SE ADICIONO EN TIEMPO Y VALOR POR TRES (03) MES (DEL PRIMERO DE OCTUBRE HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2016.	$ 15.265.000,00
024/2017	SEIS 06 MESES Y DOCE 12 DÍAS (DEL19 DE ENERO DE 2017 HASTA EL 30 DE JULIO 2017)	$ 8.668.800,00
148/2017	CUATRO (04) MESES Y VEINTITRÉS (23) DÍAS (DEL 08 DE AGOSTO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2017).	$ 6.456.450,00
040/2018	ONCE (11) MESES Y VEINTIDOS (22) DÍAS (DEL 09 DE ENERO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018)	$ 16.877.790,00

Así mismo me permito informar que el valor de los honorarios mensuales del contrato 040/2018 es de Un Millón Cuatrocientos Treinta y Ocho Mil Cuatrocientos Cuarenta Y Ocho Pesos M/Cte ($ 1.438.448).

Los anteriores contratos no generaron ningún tipo de relación laboral del contratista para con la Dirección General de Sanidad militar, conforme a lo previsto en el inciso del artículo 32 de la ley 80 de 1993.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, dada en Bogotá, D.C., a los Once (11) días del mes de Abril de Dos mil Dieciocho (2018).

NOTA: Esta certificación está sujeta a ser verificada con la Dirección y tendrá validez únicamente con la impresión del sello seco. La confirmación de este documento solo podrá ser validada en el Grupo de Talento Humano Tel 3238555 Ext.1163.

Capitán REINALDO SANTOS VALDERRAMA
Coordinador Grupo Talento Humano

Elaboro: OPS. Cesar Rojas
Prestación de Servicios

Revisó: Edrix Fuentes
Prestación de Servicio

SALUD 911

SALUD 911 LTDA
NIT. 900.538.639-0

CERTIFICA QUE:

La señora **ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ,** identificada con cedula de ciudadanía No. 52.991.241 de Bogota, prestó servicios a la compañía mediante una vinculación de carácter civil desde el 3 de Marzo de 2014 hasta el 30 de Diciembre de 2014, desempañándose como Enfermera Teleoperadora de Call Center ,devengando una remuneración mensual de ochocientos cincuenta mil pesos MCTE ($850.000).

Dada a solicitud del interesado, a los veintitrés (23) días del mes de Febrero de dos mil quince (2015).

Cordialmente,

SALUD 911
FIRMA AUTORIZADA
Nit: 900 538.639 0

MARCELA MARQUEZ GUTIERREZ
Gerente Operativa
Salud 911 Ltda

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52991241
NUMERO

MESA SANCHEZ
APELLIDOS

ROCIO ESPERANZA
NOMBRES

Rocio Mesa
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

16-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500101-42093482-F-0052991241-20010907 0610401226A 01 114441843

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14475194194

(415)7707212489984(8020) 000001447519419 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 9 1 2 4 1	9	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	5 2 9 9 1 2 4 1	2 0 0 1 0 4 1 6

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
MESA	SANCHEZ	ROCIO	ESPERANZA

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: CL 44 3 46 CA BARRIO SAN MIGUEL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rosiomesa2105@hotmail.com		3 1 3 3 7 4 9 3 2 6	3 6 2 2 0 7 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 2	2 0 1 1 0 7 0 1	8 2 1 1	2 0 1 3 0 1 0 1		8 5 2 3	8 7 9 0

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
5 1 3 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																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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 7 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 MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 27-07-2018 10:41:20AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-07-2018
Hora: 8:19:24 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52991241-9 ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ

Información General

Dirección CL 44 3 46 CA BRR SAN MIGUEL

Teléfonos 3622071/3133749326

Dirección electrónica rosiomesa2105@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/07/2018

Soporte Inscripción 17958524

Fecha Inicio Actividades 17/09/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 3: 85231-EDUCACION MEDIA TECNICA

Actividad 4: 8790-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION EN INSTITUCIONES CON ALOJAMIENTO

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003066379

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ROCIO ESPERANZA
MESA SANCHEZ
C.C. 52991241

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 15/07/2013

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 11938 *de* 04/11/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA Identificado(a) con CC número 52991241 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaria la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA el día 25/06/2011.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA identificado(a) con CC número 52991241 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **04/11/2011**

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Daniel Ortiz.
Elaboro : Victor Sánchez.

Bogotá, D.C 15 Julio del 2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Rocio Esperanza Mesa Sanchc
CC. # 52991241
Firma

BOG BOGOTÁ POSITIVA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52991241

Primer Nombre *

ROCIO

Primer Apellido *

MESA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52991241	ROCIO	ESPERANZA	MESA	SANCHEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 52991241] ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/11/04	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: Hospital Materno Infantil				
Dir :		Nit :		
Fecha : Agosto 1/2018	Cargo: Auxiliar de Enfermería.			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Mesa Sánchez	Nombres: Rocío Esperanza.		
ID: 52.991.241	Tel: 313 374 9326	Sexo F.	Edad 35
Profesión: Auxiliar de Enfermería		Diestro Si	Zurdo —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Visiometría —	Audiometría —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —
Glicemia —	Colesterol —	Triglicéridos —
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo Si	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. No	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales
No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por: —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 52991.241

Rocío Hoz

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1- 2.018

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Rocio Esperanza

Apellidos: Mesa Sanchez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52991241

Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 01 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-10-17	013-7960003	Patricia R.
	2	17/12/17	0325000050	HSC
	3	16-2-18	02m21805	Sandra S
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ

c.c. 52.991.241

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dada en Bogotá, a los 31 días del mes de Julio de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

SOPORTE VITAL BASICO

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS & EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal de acuerdo a Decreto
4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

Expedición: 31/07/2018
Vencimiento: 31/07/2020

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069582 / CEL: 3192978634 / www.capacitacionessos.net

SOPORTE VITAL BASICO

B.L.S

ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ
C.C.: 52.991.241

Esta credencial acredita que la persona mencionada ha participado en el curso BLS, el cual sigue los lineamientos establecidos por la **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** en cumplimiento de la resolución 2003 de mayo/14 y la norma de competencia laboral 230101108 con intensidad horaria de **20 HORAS**

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

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

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

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

FECHA: 2-08-2018 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1.1. de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mesa	Sanchez	Rocio	Esperanza

TIPO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	52991241	Bogotá D.C.	2001-ABRIL-16

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
20-04-1983	Bogotá-Cundinamarca	Colombia	Colombia

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3137493226

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

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 44 sur # 3-46 este	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
rosiomesa2105@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692
		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
ESTRATEGICO – 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 ☑	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ UD ☐ # NIT:

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

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

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Zalamanca	Peña	Claudia	Patricia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Cra 15 #3-62 sur	Bogota	Amiga	3152053601

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Cuenta de Ahorros	002128411	CAN	

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.):

Auxiliar enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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 ilicitas
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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGOS AUTORIZACIÓN 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 requeriria 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:

AUTORIZACIÓN

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 - 43, 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, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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 externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia 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 consecuencia, 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)*

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

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

Roer Mesa

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 cedula:		

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ identificado con CC 52991241 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2012**
IPS Cotizante:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1 A IPS SANTA MARIA DEL LAGO**
Categoría:	**A**
Estado:	**ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
JEYSON JHAIR CLAVIJO MESA	TI 1001300412	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1 A IPS SANTA MARIA DEL LAGO	BENEFICIARIO	01/08/2012	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 26 días del mes de julio del año 2018 .

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

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52991241,** se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de julio de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52991241	Colmena
Numero de Documento	ARL

Rocio	Esperanza	Mesa	Sanchez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20-01-1983	Bogotá	Calle 44 sureste #3-46	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

rosiomesa2105@hotmail.com	3133749326
Correo Electrónico	Celular

Rocio Mesa	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 112786034

WEB
15:43:12

Bogotá DC, 25 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) ROCIO ESPERANZA MESA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52991241:

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 miércoles 25 de julio de 2018, a las 15:32:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52991241
Código de Verificación	52991241180725153257

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. 2349975

Bogotá D.C., 25 de Julio de 2018 - 15:46 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN**

52991241

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_VWI4L_4615
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:35:59 horas del 25/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **52991241**
Apellidos y Nombres: **MESA SANCHEZ ROCIO ESPERANZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vive Digital
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MESA SANCHEZ,ROCIO ESPERANZA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.991.241 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 002128411, abierta/o desde el 31/07/2006.

Se expide en Bogota el día 28 del mes de Julio del año 2018

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO