Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones CONSTANZA MENDEZ PALACIOS,

constanza mendez palacios con el NIT 52519693 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 29-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MENDEZ	PALACIOS	CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52519693

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES MAR AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CI 41B 13G10 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 7146003

EMAIL mariatina2109@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 BASICA											TITULO BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DIC AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERI	12	2001	52519693

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 29-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTROOORENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3282828	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	KR 14 B 1 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	atencionusuario@esesantaclara.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3282828	DIA 1 MES 8 AÑO 2011	DIA 31 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	KR 15 1- 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	esesancristobal.@gmail.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DIA 15 MES 5 AÑO 2006	DIA 20 MES 12 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
auxiliar de enfermeria	urgencias	calle 22 sur 8A58

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	10	11
PRIVADO	0	0

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SIDEAP

Última Actualización: 28-nov-2017

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Bogotá 19-11-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CONSTANZA MENDEZ PALACIOS
IDENTIFICADO CON C.C. Ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52519693 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección Cl 41B 13G10 SUR **Teléfonos** 3124052564 7146003

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIANA CARDENAS MENDEZ	1000991256	HIJO(A)
VALENTINA CARDENAS MENDEZ	1031160966	HIJO(A)

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 ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION Ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE Ⓧ

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	$ 12.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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 BOGOTA	AHORROS	102623642	PRIMERA DE MAYO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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:

	CALIDAD DE MIEMBRO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

ENTIDAD O INSTITUCION

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: SI (X) N ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
JAVIER CARDENAS BERNAL	C.C(X) C.E( ) T.I( )	80256310

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 19 de noviembre de 2017

CIUDAD Y FECHA

La Republica de Colombia

y en su nombre

El Colegio de Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según Resolución No. 13058 del 17 de Octubre de 1.986

Confiere a

Constanza Mendez Palacios

Identificado(a) con C.C. No. 52.519.693 de BOGOTA D.E.

El Titulo de

Bachiller Academico

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

Rector

Secretaria

Bogotá, D. E. 04 de Diciembre de 1.9 95

Anotado al folio 145 Libro de Registro No. 00123

Secretaria de Educación

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 04 de diciembre de 1995 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media Académica los suscritos Rector y Secretaria académica en la Rectoría del COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de la Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación Distrital mediante resolución N 13058 DEL 17 DE OCTUBRE DE 1986 para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO.

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 TITULO DE BACHILLER ACADEMICO graduando cuyos nombres, apellidos, y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

CC:52.519.693 De Bogotá

Es fiel copia tomada de la original del Acta General de Graduación 00123 anotada en el folio 145, que consta de CIENTO OCHO (108) Estudiantes, comienza con el nombre de ALBA ROJAS MAYERLY y cierra con el nombre ZARAZA GRAJALES MILENA. Firmada por OMAR LEONARDO FAYON (Rector) y Johana Lorena Zarate (Secretaria Académica).

Omar Leonardo Fayon

CC.19.307.429

Johana Lorena Zarate

CC.32788516

12

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 91 del 12 de Febrero de 1999 y licencia de funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, avalada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 008

En Bogotá, D.C. El día 15 de Diciembre del año dos mil uno (2001) se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, El Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el cuerpo de docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 177

Méndez Palacios Constanza

C.C. 52.519.693 de Bogotá

El certificado que lo (a) acredita como:

Aptitud Ocupacional Técnico Auxiliar de Enfermería

Y haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Quince (15) días del mes de Diciembre, del año dos mil uno (2001)

ESCUELA DE SALUD FUSDESA PRESIDENTE

Presidente
Roberto Galindo G.

FUSDESA DIRECTOR ACADÉMICO

Director Académico
Pedro Nel Pérez A.

La Republica de Colombia

y en su nombre

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No.31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No.1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de educación de Santafe de Bogotá D.C.

Que: **Méndez Palacios Constanza**

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Tecnico

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUSDESA
PRESIDENTE

Presidente
Roberto Salindo G.

FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Director Académico
Pedro Nel Pérez A.

Dado en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de Diciembre de 2001
Anotado en el folio 630 del libro 03 del Registro de Fusdesa

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Salud Fusdesa.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Constanza Méndez Palacios, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Auxiliar de Enfermeria.

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 52519693.

Tarjeta profesional No.: 52519693.

Dirección de contacto: Calle 41 B Sur 13-6 10.

Teléfono: 3124052564 - 7146003.

Scanned by CamScanner

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR QUE:

El señor (a) Constanza Méndez Palacios, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.519.693, laboro en la empresa desde el 15 de mayo de 2006 hasta 20 diciembre de 2010; ejerciendo el cargo de auxiliar de enfermería, y destacándose como una persona honrada y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a los 15 de abril de 2011.

Atentamente,

ARGEMIRO RINCON
Gerente General

Cl 20 sur No 8A – 22 Teléfono: 3618279, 2091480 Ext. 107-108-117
TALENTO HUMANO
e.mail talento@esesancristobal.gov.co

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52519693
MENDEZ PALACIOS
APELLIDOS
CONSTANZA
NOMBRE
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-FEB-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-1500118-42300054-F-0052519693-20020503 0036902123A 02 112186760

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14196863830

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 5 1 9 6 9 3 — 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 5 2 5 1 9 6 9 3

27. Fecha expedición: 1 9 9 6 0 2 2 2

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA — 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: MENDEZ

32. Segundo apellido: PALACIOS

33. Primer nombre: CONSTANZA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CL 41 B SUR 17 B 10

42. Correo electrónico: corymarija@yahoo.es

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 7 1 4 6 0 0 3

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 3 0 5 1 5

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Otras actividades — Código: 1: 2:

Ocupación

51. Código: 3 2 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

2 0

20- Obligación NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 1 9

La información consignada 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 sus datos podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 3400 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

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

664. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

665. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 22-08-2016 12:22:10AM

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 22-08-2016
Hora: 8:15:29 AM

CONTRIBUYENTE CC 52519693 CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

Información

Dirección	CL 41B SUR 17B 10
Teléfonos	3219757069-7146003
Dirección	conymarija@yahoo.es
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	22/08/2016
Soporte Inscripción	14688555
Fecha Inicio Actividades	15/05/2003
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 7663 *de* 28/08/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en 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) MENDEZ PALACIOS CONSTANZA identificado(a) con CC número 52519693 expedida en BOGOTA D,C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 16/12/2001 y registrado en el libro 3 Folio 630 año 2001
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 MENDEZ PALACIOS CONSTANZA identificado(a) con CC número 52519693 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 28/08/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 9-Mayo-2006
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Constanza Mendez
CC. # 52519693.
Res # 7663, fecha: 29-08-002
Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52619693

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	25-11-2017	0415005	
	2			
	3			
	R			

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

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: CONSTANZA

Apellidos: PALACIOS MENDEZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52514093

Fecha de Nacimiento: Día 12 Mes 05 Año 1977

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ASISTIMOS HOY VIVE

11186091

Nombre	MENDEZ PALACIOS CONSTANZA		
Identificacion	CC 52519693	Tel.	
Edad	38 Años 11 Meses 29 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	1117087851		

Fecha de recepcion:	18-nov-2016 8:42 pm
Fecha de impresion:	21-nov-2016 3:41 pm
Empresa	HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	19-nov-2016 4:17:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	17.9	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

Jhonatan Ocampo
JHONATAN STIVEN OCAMPO BALLESTA
CC 1,036,636,166
BACTERIOLOGO

CARMEN ELENA RUIZ SARMIENTO
C.C. 1,042,998,338
BACTERIOLOGA

SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **16/11/2016 08:33:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CONSTANZA MENDEZ PALACIOS**

Cargo **AUXILIAR ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 52519693**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere de restricción de actividades	( )	( )
Requiere de reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** SI ( ) NO (X)

HIGIENE POSTURAL
HÁBITOS ALIMENTICIOS SANOS,
EJERCICIO FÍSICO.
PAUSAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO Y DE

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMP 4758/2015
U.Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CONSTANZA MENDEZ PALACIOS
CC: 52519693
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

EXTREMIDADES INFERIORES PARA PREVENIR VARICES
USO DE MEDIA PANATALOBN COMPRESION BAJA EN HORAS LABORAES

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CONSTANZA MENDEZ PALACIOS
CC: 52519693
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

Con Cedula de Ciudadanía No. 52.519.693

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION EN SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

Se firma a los catorce (14) días del mes de diciembre de (2015)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

20702686 - 14/12/2015
FECHA REGISTRO

Autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 20733444CC52519693C.

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
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	27-NOV-17	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☑	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Méndez	Palacios	Constanza	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☑	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52519693	Bogotá	26-02-1996.
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☑	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
12-03-77	Bogotá	Colombia	Colombiana.

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A)	CASADO ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☑		2	2	3124052564

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☑	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☑	CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 41B sur 13 G 10	Bogotá	Cundinamarca.	Colombia.	7146003

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
mariatina2109@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☑	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cardenas.	Bernal.	Hector	Javier.

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☑	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80256310	Bogotá	2001-marzo-22
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒	NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☑	IVA	SI ☐ NO ☑		86.92	
		ICA	SI ☐ NO ☑		PRINCIPAL: ☑	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☑			SI ☐ NO ☑		SI ☐ NO ☑

Scanned by CamScanner

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑	Subred Integrada de servicios de salud Centro Oriente

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Kr 14B 1-45 sur	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria.	FECHA VINCULACION	01-08-2011	

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		GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1490.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1490.000	TOTAL EGRESOS	$ 1100.000	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 en la misma casa de habitación del solicitante)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Leon	Ramos	Nubia	Mercedes.
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Kr 13 F 57 53 sur	Bogotá	Amistad	3123899801

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Cta Ahorros.	102623642	Primera sur AV.	3280000

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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ 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.):
Apoyo a la gestión como auxiliar de 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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas
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

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 34 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 , 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, compañias 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 estadisticos.
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 Nacional de 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.

Scanned by CamScanner

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 mí.
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:			

Scanned by CamScanner

Banco de Bogotá

Fogafín | Producto protegido por el Seguro de Depósitos

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH008688664

Comprar lo que quieres **sin importar el valor**, otro motivo para querer tu Tarjeta Débito.



588742 -3

MENDEZ PALACIOS,CONSTANZA
CL 41 SUR 17 B 10
SAN JUANITO
BOGOTA D.C.,BOGOTÁ D.C.- CUND.
Entrega: EM Oficina: 0102 Avenida Primera
588742

FECHA EXTRACTO
Desde: Julio 01
Cuenta Número:
Tipo de Cuenta:
Cod. Origen:
BOGOTA

Julio - Septiembre 2017
Hasta: Septiembre 30
102623642
Cuentas Privadas
0102

Resumen de la Información

Saldo Inicial:	**137.00**
Total 000003 Abonos:	4,346,159.00
Total 000031 Cargos:	-4,329,050.00
Total IVA:	0.00
Total 4x1000 GMF:	-17,316.00
Total Retencion:	0.00
Total Intereses:	93.00
Saldo Final:	**23.00**

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
05/07	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Bogota	Av Primera		-136.00	1.00
05/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-1.00	0.00
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,382,961.00	1,382,961.00
07/07	0035	Comision por transaccion errada por causa del cliente en cajero ATH		Canal Electro	009168	-1,500.00	1,381,461.00
07/07	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Bogota	Av Primera		-10,714.00	1,370,747.00
07/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-43.00	1,370,704.00
07/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-6.00	1,370,698.00
10/07	0014	Compra en establecimiento COMPADICOM efectuada el 08/07/2017 Tarj # 491511******3539	Bogota	Av Primera	153876	-10,000.00	1,360,698.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2068 de Bogota MONTEVID realizado el 08/07/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	000826	-150,000.00	1,210,698.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2068 de Bogota MONTEVID realizado el 08/07/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	000824	-600,000.00	610,698.00
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2068 de Bogota MONTEVID realizado el 08/07/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	000822	-600,000.00	10,698.00
10/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	000826	-1,500.00	9,198.00
10/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	000822	-1,500.00	7,698.00
10/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	000824	-1,500.00	6,198.00
10/07	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-5,458.00	740.00
31/07	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		11.00	751.00
01/08	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Bogota	Av Primera		-748.00	3.00
01/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-3.00	0.00
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,580,237.00	1,580,237.00
09/08	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Bogota	Av Primera		-10,102.00	1,570,135.00
09/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-40.00	1,570,095.00
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2339 de Bogota MONTEVID realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	002854	-600,000.00	970,095.00
10/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	002854	-1,500.00	968,595.00
10/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-2,406.00	966,189.00

Notificar cualquier reparo a la Revisoría Fiscal KPMG Ltda., Apartado Aéreo No. 36700 Bogotá

CC-091-2 (Junio/2004)

Si usted desea conocer la tasa de interés que actualmente pagamos sobre sus depósitos ingrese a www.bancodebogota.com.co o visite alguna de nuestras oficinas

Valor pendiente por aplicar : 0.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por: deceval SAS NIT 800230580-2

Scanned by CamScanner

Banco de Bogotá

Extracto Cuenta Ahorros
Nro. 2017093009AH008688664
Nro Cuenta: 102623642

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
22/08	0014	Compra en establecimiento LIFESTYLE MODA DEPOefectuada el 21/08/2017 Tarj # 491511******3539	Bogota	Av Primera	215313	-10,000.00	956,189.00
22/08	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-40.00	956,149.00
31/08	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		63.00	956,212.00
01/09	0087	Comision cuota de manejo Tarjeta Debito	Bogota	Av Primera	053539	-10,850.00	945,362.00
01/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-43.00	945,319.00
04/09	0014	Compra en establecimiento COMPADICOM efectuada el 02/09/2017 Tarj # 491511******3539	Bogota	Av Primera	185317	-17,000.00	928,319.00
04/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2477 de Bogota AV PRIME realizado el 02/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	001886	-120,000.00	808,319.00
04/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2477 de Bogota AV PRIME realizado el 02/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	001884	-200,000.00	608,319.00
04/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 02/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	001676	-600,000.00	8,319.00
04/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001884	-1,500.00	6,819.00
04/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001886	-1,500.00	5,319.00
04/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001676	-1,500.00	3,819.00
04/09	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-53.00	3,766.00
04/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-3,766.00	0.00
08/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	1,382,961.00	1,382,961.00
08/09	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Bogota	Av Primera		-2,947.00	1,380,014.00
08/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-12.00	1,380,002.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2339 de Bogota MONTEVID realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	005570	-170,000.00	1,210,002.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2339 de Bogota MONTEVID realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	005566	-600,000.00	610,002.00
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2339 de Bogota MONTEVID realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******3539		Canal Electro	005568	-600,000.00	10,002.00
11/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	005570	-1,500.00	8,502.00
11/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	005568	-1,500.00	7,002.00
11/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	005566	-1,500.00	5,502.00
11/09	GT09	Gravamen Movimientos Financieros	Bogota	Av Primera		-5,498.00	4.00
30/09	GT01	Intereses ganados	Bogota	Av Primera		19.00	23.00
-----	-----	-------- FIN MOVIMIENTOS --------	----------	----------	---------	----------	----------

588742 3-3

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
Impreso por deceval SAS NIT 860029580-2

Scanned by CamScanner

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CONSTANZA MENDEZ PALACIOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.519.693 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
MARIANA CARDENAS MENDEZ	HI	1000991253	TI	20170301	0	Activo	570
VALENTINA CARDENAS MENDEZ	HI	1031160966	RC	20170301	0	Activo	226

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: YURI PAOLA CASTRO

CER-AFI 8766454

Avenida Calle 26 No 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CONSTANZA MENDEZ PALACIOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,519,693**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52519693	S. Bolivar
Numero de Documento	ARL

Constanza		Méndez	Palacios.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12 - 03 - 1977	Bogotá	Clle 41 D sur 13 G 10	7146003
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	teléfono fijo

Compensar	Porvenir	1490.000=
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermeria	10 Enero - 2018
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

mariatina 2109 @ gmail.com	3 124052564
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

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

Scanned by CamScanner

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52519693	CONSTANZA MENDEZ	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	12/10/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

VIGILADO

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101722200

WEB
23:05:35

Bogotá DC, 14 de noviembre del 2017

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) CONSTANZA MENDEZ PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52519693:

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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 14 de noviembre de 2017, a las 23:3:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.519.693
Código de Verificación	548511042017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1889785

Bogotá D.C., 14 de Noviembre de 2017 - 23:03 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) **CONSTANZA MENDEZ PALACIOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

52519693

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 11_5DE37_0323
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/11/2017 a las 23:00:42 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52519693 y Nombres: MENDEZ PALACIOS CONSTANZA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MENDEZ PALACIOS,CONSTANZA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.519.693 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102623642, abierta/o desde el 07/10/2011.

Se expide en Bogota el día 16 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a: SUBRED CENTROORIENTE

Firma Autorizada

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