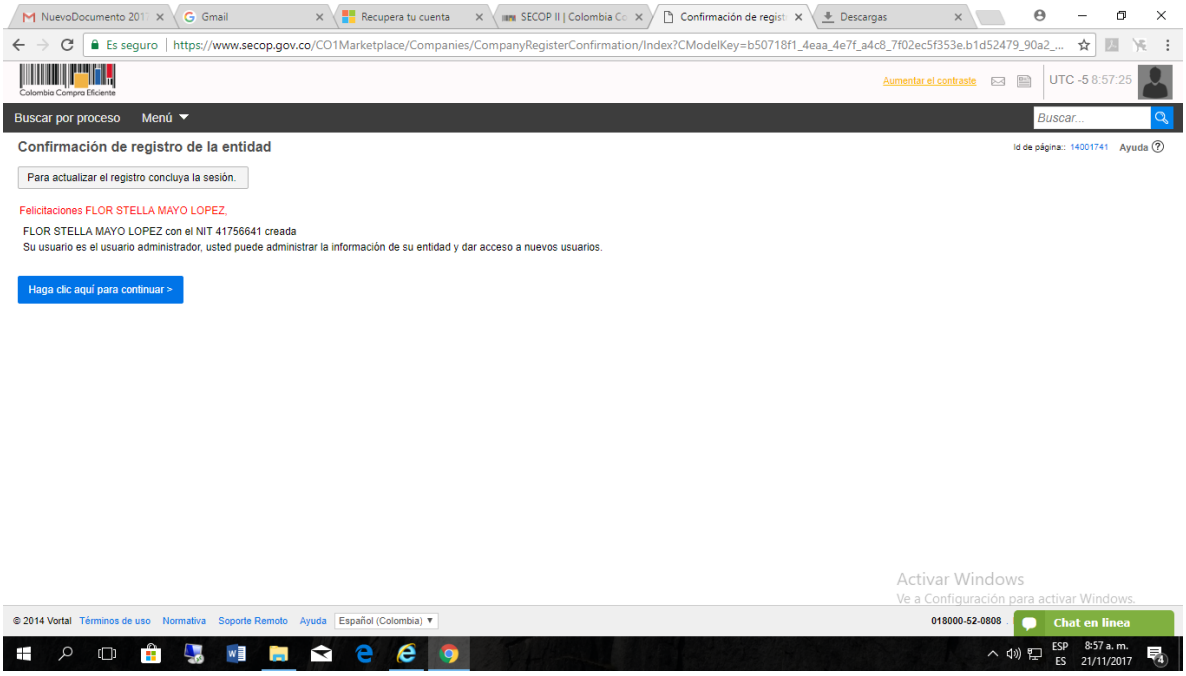

NuevoDocumento 201
Gmail
Recupera tu cuenta
SECOP II | Colombia Co
Confirmación de regist
Descargas
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=b50718f1_4eaa_4e7f_a4c8_7f02ec5f353e.b1d52479_90a2_...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 8:57:25
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones FLOR STELLA MAYO LOPEZ,
FLOR STELLA MAYO LOPEZ con el NIT 41756641 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 >
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en línea
ESP
ES
8:57 a. m.
21/11/2017

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
MAYO	LÓPEZ	FLOR STELLA.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41756641 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: ____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 29 MES 11 AÑO 1955

PAÍS: Colombia.

DEPTO: Cundinamarca.

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Clle 4F #53B23 Piso 3.

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca.

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 4069626. EMAIL: telitamayo@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o. X	10	11	MES 11 AÑO 1974

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		Auxiliar de Enfermería.	12	1995	41756641
TC	4	X		Atención Pre-hospitalaria A.	12	2001	

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

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
Hospital Rafael Uribe Uribe ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cmarca.	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 05 AÑO 2004	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
aux. Enfermería.		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Tras - Médica		X	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cmarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6470500	DÍA MES 01 AÑO 1993	DÍA MES 04 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
aux. Enferm - Paramédico	Urg. - Hospitalización	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica San Pedro Claver	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cmarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES 04 AÑO 1993	DÍA MES 06 AÑO 2004

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
aux Enfermería.	Salas de Cirugía	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	19	9.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	36	9.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, Nov 22/2017.

Flor Stella Mayo Lopez

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Flor Stella Mayo López

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 41756641. CON DOM

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca.	Bta.

Dirección	Teléfonos
Cle 4F #53 B23 Piso 3.	4069626

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A: 3105783499.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDA
GUISSELLY FLOREZ MAYO	52518564.
LEIDY ANDREÍNA FLOREZ MAYO	52836156.

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOM ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE PO 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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS
GASTOS DE REPRESENTACION
ARRIENDOS
HONORARIOS
OTROS INGRESOS Y RENTAS
TOTAL

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 CUEN
Davivienda	Ahorros	008701173 42	Bta - Galán

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Flor Stella Mayo Lopez.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota 23-NOV-17.

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia
Escuela de Auxiliares de Enfermería
Cemca

Acuerdo No. 01 del 4 de Marzo de 1993 Minsalud
Resolución No. 5624 de 1994 Mineducación

Teniendo en cuenta que

Flor Stella Mayo López

C.C. No. 41'756.641 de Bogotá

Asistió y aprobó satisfactoriamente los estudios de

Auxiliar de Enfermería

Desarrollados del 17 de Enero de 1994 al 15 de Diciembre de 1995

Con una intensidad de 2.400 horas, le confiere el presente certificado.

Rector — ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA — DIRECTORIA

Directora — ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA — DIRECCION

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 16 de Diciembre 1995

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACION COLOMBIANA DE ALTOS ESTUDIOS TECNICOS

Personeria Juridica No. 1104 de Febrero 10 de 1997 de la Secretaria de Educacion Distrital

CONFIERE EL

DIPLOMADO

EN

ATENCION PREHOSPITALARIA AVANZADA

A

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

C.C. 41.756.641 DE BOGOTA

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS DURANTE EL CURSO DE TECNICAS PARAMEDICAS DE ATENCION PREHOSPITALARIA AVANZADA Y MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, CON UNA INTENSIDAD DE 220 HORAS

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, A DICIEMBRE 15 DE 2001

PRESIDENTE

SECRETARIO

SERVIMOS EDUCANDO

Colegio JORGE ISAACS

C. ..... — Teléfono 39 38 70

BOGOTA, D. E.

Federación de Padres de Familia de Bogotá

APROBACION OFICIAL 2965 de 1967 y 4729 de 1969

Personería Jurídica No. 141 Bis de 1.968. Resolución 2468 del 17 Junio de 1.970.

Matrícula No 1134
Folio No 108
Inscripción No 1275

LOS SUSCRITOS RECTOR Y SECRETARIO DEL COLEGIO JORGE ISAACS DE LA SOCIEDAD SERVIMOS EDUCANDO, APROBADO POR RESOLUCIONES Nos. 2965 DEL 27 OCTUBRE DE 1.967 PARA LOS CURSOS 1o. y 2o. DE BACHILLERATO, LA 4729 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1.969 PARA EL CURSO 3o. Y LA 2468 DEL 17 DE JUNIO DE 1.970 PARA EL CURSO 4o. DE BACHILLERATO DIURNOS EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.

CERTIFICAN:

Que el Alumno FLOR STELLA MAYO LOPEZ Cursó y Aprobó el 4o de Bachillerato correspondiente al año de 1.974 con las calificaciones e intensidad horaria que se expresan a continuación:

Asignaturas	H.S.	Calificaciones:
Educación Religiosa y Moral	3 h	7 Siete.
Español y Literatura	5 h	7 Siete.
Aritmética y Nociones de Geometría	5 h	8 Ocho.
Algebra		
Geometría		
Ciencias		
Biología	3 h	6 Seis.
Anatomía		
Geografía	3 h	5 Cinco.
Historia	4 h	7 Siete.
Inglés	3 h	5 Cinco.
Cívismo		
Edu. Física	2 h	7 Siete.
Edu. Artística	3 h	7 Siete.
Tra. Manuales		
Ahorro Escolar		
Actividades Coprogramáticas e Intensificaciones	3 h	8 Ocho.
Vocacionales o Técnicas	4 h	7 Siete.
Disciplina		
Conducta		BUENA.

Aprobó Curso Especial de INGLES Acta No 47 de Nov.15-30 Cal: 8 Ocho.
CONSTANCIA Acta No 47 de Nov. 15-30 Cal: 7.8 Siete Ocho.
Expedido en Bogotá a los 4 días del mes de Noviembre de 1.974.

HARRY A. RODRIGUEZ R.
Secretario.

CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

APROBACION
ACUERDO 01 DE MARZO DE 1993 MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION 034 DE 1990 SECRETARIA DE EDUCACION

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá, a los quince (15) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MAYO LOPEZ FLOR STELLA
C.C. No. 41'756.641 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 007 de fecha quince (15) de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), que consta de 270 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA RODRIGUEZ ANGELICA y termina con el nombre de WILCHES ROJAS HILDA ENITH, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARIA TERESA CELY CLAVIJO (Directora).

Dado en Santafé de Bogotá D.C., a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.843 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA RECTORIA

MARIA TERESA CELY C

MARIA TERESA CELY CLAVIJO
C.C. No. 51'735.987 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA DIRECCION

Calle 36 No. 15-63 ☎ 245 94 33 - 288 43 21 - Santafé de Bogotá, D. C. - Colombia

La unidad de servicio de salud Rafael Uribe Uribe

Reconoce a:

Cami Chircales

Por su participación y compromiso en el desarrollo del COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA LOCAL

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
Subgerente de Servicios de Salud

SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
Coordinadora de Salud Pública

Bogotá D.C. Julio 2016

Secretaría de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENTRO EDUCATIVO MODERNO

C E M C A

Resoluciones: 173 de 1.975 Secretaría de Educación D. E.

00109 de 1.986 Secretaría de Salud D. E.

TENIENDO EN CUENTA QUE:

Stella Mayo López

APROBO SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE:

CAPACITACION EN ENFERMERIA

DICTADO DEL 11 DE JULIO DE 1988 AL 20 DE JUNIO DE 1989

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 960 HORAS

LE CONFIERE EL PRESENTE

CERTIFICADO

Rector

Secretario General

Dado en Bogotá D. E. a 24 de JUNIO de 1989

FUMEFI
EDUCACION INFORMAL

Fundación Metropolitana de Formación Integral

FUMEFI

Educación Informal
Según la ley 115 de 1994 Decreto 114 de 1996 Ley 2887 de 2007



HACE CONSTAR QUE:

Flor Stella Mayo Lopez

C.C 41.756.641De Bogota

Asistió y aprobó el curso de soporte vital basico
con una intensidad de 40 horas
realizado en Bogotá Cundinamarca
Otorgado en Bogotá a los 29 días del mes de noviembre del 2014

Héctor M. Chala
Director de Fundación Metropolitana
de Formación Integral

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ESCUELA DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

GSED

Certifica que:

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Participó en calidad de Asistente al:

XIII CURSO NACIONAL DE ENFERMERÍA

AVANCES EN EL CUIDADO DE HERIDAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA

Realizado en Bogotá D.C., los días 23 y 24 de Mayo de 2013
Con 16 horas de educación continuada

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora Escuela de Enfermería
Hospital Militar Central

CR MED Ranniery Acuña Cordero
Subdirector de Docencia e Investigación
Científica

MG (RA) Luis Eduardo Pérez Arango
Director Hospital Militar Central

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 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 Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Flor Stella Mayo López*

Asistió al curso de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gómez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. *16 de Octubre de 2012*

I CONGRESO DE URGENCIAS MÉDICAS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE CUNDINAMARCA

En reconocimiento a:

Stella Mayo

Por su asistencia al I Congreso de Urgencias Médicas - Intensidad 21 Horas.
Taller Atención Prehospitalaria de Cundinamarca - Intensidad 7 Horas.

Santafé de Bogotá, D.C., Octubre 29 - 30 y 31 de 1997

Dr. JOSE EFTENIO PARAMO ALTURO
Gerente para la Salud
Departamento de Cundinamarca

Dr. ALBERTO VEJARANO LAVERDE
Presidente Cruz Roja de Colombia
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Dr. DARIO CADENA REY
Presidente Sociedad de Cirugía de Bogota

Dr. FRANCISCO HOLGUIN RUEDA
Presidente Colegio Americano de Cirujanos
Capitulo Colombiano - Comite de Trauma

GERENCIA PARA LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
CAPITULO COLOMBIANO
COMITE DE TRAUMA

H HOSPITAL RAFAEL
URIBE URIBE E.S.E.

EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:

FLOR ESTELLA MAYO LOPEZ
CC 41.756.641

REALIZO Y APROBÓ EL CURSO CLINICO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LAS ESTRATEGIAS AIEPI-IAMI-IAFI.
INTENSIDAD: 24 HORAS (20 Presénciales y 4 Prácticas) DICIEMBRE 15 DE 2006

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
GERENTE

Facilitadores: SONIA RAMIRES, GONZALO GONZALEZ, DORIS VALDERRAMA Y ERIKA LLANO.

DADO EN BOGOTÁ D.C, AGOSTO 15 DE 2007

EL HOSPITAL
RAFAEL URIBE URIBE

EXALTA A:

LUZ ESTELLA MAYO

Por su compromiso, responsabilidad y actitud de servicio con la institución. Esperamos continúe con su excelente trabajo.

WALDETRUDES AGUIRRE RAMÍREZ
GERENTE

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Hospital Rafael Uribe Uribe

Y el Grupo de Humanización

Reconoce especialmente a:

Estela Mayo

Por su labor, dedicación al trabajo y buen trato al usuario

Bogotá 28 de noviembre de 2009

Waldetrudes Aguirre Ramírez.
Gerente

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA

NUESTRO COMPROMISO: SALUD CON CALIDAD PARA TODAS Y TODOS

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

La suscrita Jefe del Area de Vigilancia y Control de la Oferta

Hace constar que:

STELLA MAYO LOPEZ
C.C. 41.756.641

En calidad de
ENFERMERA

Asistió a la Capacitación sobre
"MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y MATERIAL REUTILIZABLE EN AMBULANCIAS"

MARTES 10 DE FEBRERO DE 2004
Intensidad horaria cuatro (4) horas

RUTH EUGENIA GARCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

OBRA MORAL Y CULTURAL SOPEÑA

ÒSCUS

CENTRO DE CAPACITACIÓN OSCUS

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Acredita:

Que: FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Asistió y aprobo satisfactoriamente el curso de: **INFORMATICA BASICA E INTERNET**

Intensidad: 50 Horas

Directora

Centro de Capacitación «OSCUS» Sur DIRECCION Calle 28 Sur No. 24C-25

Secretaria

Profesor

Bogotá DC 27 Noviembre, 2010

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La Universidad Incca de Colombia certifica que:

FLOR STELLA MAYO LOPEZ
41756641

Tomó el curso de Cooperativismo de Trabajo Asociado con una intensidad de 20 horas semipresenciales en la ciudad de Bogotá., D.C.

Firmado en la ciudad de Bogotá, D. C. a los doce (12) días del mes de Marzo de de 2008.

ENRIQUE CONTI BAUTISTA
Presidente – Rector y
Representante legal
C.C. No 2.909.231 de Bogotá

B|BRAUN
AESCULAP

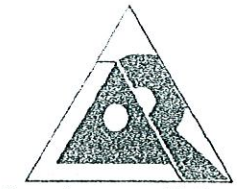
Certifica que:

STELLA MAYO

Asistió al curso de entrenamiento de Bombas de Infusión Infusomat fmS, realizado en Transmedica , en la ciudad de Bogotá, el día 20 de Febrero del año 2.002

Mario Rincon R.
Asesor Tecnomédicos

Alberto Tribín Piedrahita
Gerente Nacional de Ventas
Hospital Care



HACE CONSTAR QUE:

Stella Mayo López

PARTICIPO EN EL SEMINARIO

"Desarrollo Personal y Servicio al Cliente "

Realizado los días 4, 11, 18 y 25 de Mayo de 2002 en la Ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 8 horas.

LUZ AMPARO REINA AGUILAR
Conferencista y Consultora Empresarial

BMD
Boston Medical Devices

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

ConvaTec

OTORGA

Certificado de asistencia

A

Flor Stella Mayo López

Por participar en la "**Jornada de actualización para el cuidado de heridas y ostomías**", llevada a cabo en Bogotá el 24 de Abril de 2013, con una intensidad de 4 horas.

Dr. Fernando Arango
Coordinador de Postgrado
Programa de Cirugía Plástica
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Marco Antonio Salazar
Jefe de cirugía Plástica Hosp. El Tunal
Coordinador Practica de Residentes
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Carlos H. Rojas
Director Medico Latinoamérica
Boston Medical Device

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Flor Stella Mayo López

41.756.641

Aprobó el Curso Taller de

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de (8) ocho horas

Validez dos (2) años

Bogotá – Colombia, 2 de Agosto de 2012

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (E)

DCRUE BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

2012 - 07

SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias

Certifica que

FLOR STELLA MAYO

41.756.641

Aprobó al Curso Taller de

Primer Respondiente

Intensidad horaria de (8) ocho horas

Validez dos (2) años

Bogotá – Colombia, 30 de Septiembre de 2010

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Manuel Antonio Villamizar Mejía

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.

BOGOTÁ POSITIVA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Secretaría Distrital de Salud

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE:

STELLA MAYO LOPEZ
41,756,641

Asistió al Curso Taller de **"Primer Respondiente"**
Realizado en La Secretaría Distrital de Salud
Con una intensidad de ocho (8) horas
30 de Julio de 2008
Validez dos (2) años

El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud

José Octavio López Gallego
Coordinador Programa de Capacitación
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Gabriel Darío Paredes Zapata
Director
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

BOG BOGOTÁ POSITIVA

GOBIERNO DE LA CIUDAD

Bogotá D.C

Señores:

CEMCA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Flor Stella Mayo Lopez 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 Flor Stella Mayo Lopez

No. de documento: 41756641.

Tarjeta profesional No: 41756641.

Dirección de contacto: Clle 4F #53B23 Piso3.

Teléfono: 3105783499.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**, identificada con CC. N° 41.756.641, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C/TO
363	01/11/2012	28/02/2013	$ 4.995.333
136	01/03/2013	31/08/2013	$ 7.620.000
1012	01/09/2013	28/02/2014	$ 13.368.867
101	01/03/2014	02/03/2015	$ 15.324.667
758	03/03/2015	31/01/2016	$ 14.305.325
244	01/02/2016	09/01/2017	$ 14.351.000
PS 0376 2017	10/01/2017	30/09/2017	$ 13.396.200

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Apoyar a la jefe del servicio en la entrega y recibo de turno 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas 3. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrando 4. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada 5. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno 6. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 7. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el médico tratante según competencia 8. Apoyar la gestión administrativa para el ingreso y salida del paciente 9. Dar cumplimiento a las guías y protocolos establecidos por la institución.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 26 de septiembre de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Aprobó: Daniela Rodriguez Goyes- Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Diagonal 34 Nº 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Linea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

CORPORATIVOS DE COLOMBIA
Cooperativa de Trabajo Asociado Especializada en Salud

Especializados en Servicios
Para el Sector Salud.

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE CORPORATIVOS DE COLOMBIA "CORPOCOL"

HACE CONSTAR QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor (a) **MAYO LOPEZ FLOR STELLA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No.41.756.641, asociado (a) de CORPOCOL desde el 4 de Septiembre de 2008 hasta el 2 de Mayo de 2009, prestó sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en el área URGENCIAS, en la empresa cliente HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE.

Su convenio de asociación y los servicios que presta están regulados por la Ley 79 de 1998 y el Decreto 4588 de 2006.

La vinculación del asociado es por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide a petición del asociado (a) a los 27 días del mes de Mayo de 2009.

Cordialmente,

JUAN CARLOS APONTE CASTRO
Representante legal
NIT. 830104878-8

Calle 49 No. 17 - 42 Of. 501
Teléfono: 285 5927
E-mail: corpocolcta@yahoo.com
Bogotá, D.C. - Colombia

Trasmédica S.A.
11 AÑOS
Cuente con nosotros!
Sistemas de Traslado. Apoyo Diagnostico y Terapéutico en Salud
Nit. 800.163.372-6

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL DE TRASMEDICA S.A

HACE CONSTAR:

Que la señora **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 41.756.641 expedida en Bogotá, laboró en esta Empresa como Auxiliar de Enfermería desde el primero (1°.) de julio de mil novecientos noventa y cuatro (1994), hasta el seis (6) de abril de abril del año dos mil cuatro (2004).

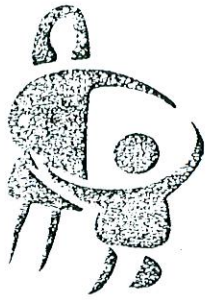
Expedida en Bogotá, D.C a los doce (12) días del mes de abril del año dos mil cuatro (2004).

GLORIA PATARROYO MURILLO MD
Gerente General
TRASMEDICA S.A

María Helena

Transv. 40 No. 150 - 46 Oficina 405 Centro Comercial Mazuren ☎ 648 4786 - 274 6147 - 614 6838 - 615 0479 Fax: 274 5701
Bogotá D. C. - Colombia

CASA
DE LA MADRE
Y EL NIÑO



C E R T I F I C A C I O N

A solicitud de la interesada Señora FLOR STELLA MAYO LOPEZ identificada con la c.c.# 41'756.641 de Bogotá. Certificamos que trabajó como AUXILIAR DE ENFERMERIA en Turnos Diurnos en el Departamento de Pediatria en esta Institución desde el mes de Junio de 1990 hasta Agosto de 1993.

Se expide en Santa Fé de Bogotá, a los once días del mes Junio de 1.996.

CASA DE LA MADRE Y EL NIÑO
DIRECTORA

BARBARA ESCOBAR DE VARGAS
Directora
CASA DE LA MADRE Y EL NIÑO

☎ 283 7400
Fax: 2681008
Nit. 860 - 007 - 398 - 8

Calle 48 Nº 28 - 30
Apartado 75288
Zona 2

Santafé de Bogotá
Colombia - Suramérica
Cables: LA CASA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.756.641**

MAYO LOPEZ

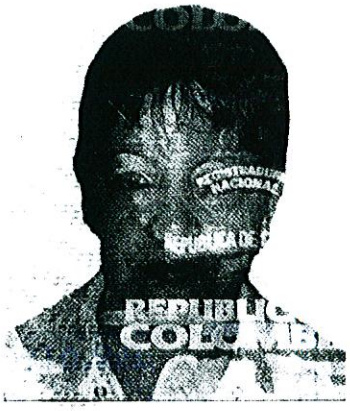
APELLIDOS

FLOR STELLA

NOMBRES

Flor Stella Mayo Lopez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1955**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

28-SEP-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00031581-F-0041756641-20080726 0001480715A 1 1120013271

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14328761084

(415)7707212489984(8020) 000001432876108 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 1 7 5 6 6 4 1	5	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	4 1 7 5 6 6 4 1	1 9 7 7 0 9 2 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MAYO	LOPEZ	FLOR	STELLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 4 F 53 B 23 P 3

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
telitamayo@hotmail.com		4069626	3105783499

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8691	20150227						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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 [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 20150227

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:

Flor Stella Mayo.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ROMERO SANDRA FABIOLA

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-02-2015
Hora: 9:28:25 AM

CONTRIBUYENTE NIT 41756641-5 FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Información General

Dirección CL 4 F 53 B 23

Teléfonos 4069626 3105783499

Dirección electrónica telitamayo@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2012

Soporte Inscripción 14420098

Fecha Inicio Actividades 08/08/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86911-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

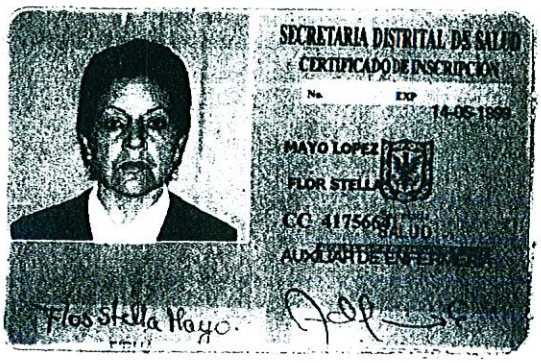
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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





Stella Mayo
FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
No. AE-10091 EXP. 3-11-1996

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

FLOR STELLA MAYO LOPEZ
NOMBRES APELLIDOS

41.756.641
No CEDULA

0513-96 SSB
No SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA
PROFESION

RESOLUCION NUMERO DE

" Por la cual se registra un certificado"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones numero 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que MAYO LOPEZ FLOR STELLA ********** identificado(a) con cedula de c dadania numero 41756641 expedida en BOGOTA D.E ****, solicito el regis de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** que le otorgo LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA ********** el 12/16/1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el Certificado que autoriza MAYO LOPEZ FLOR STELLA ********** , identificado(a) con la cedula ciudadania Nro. 41756641 , expedida en BOGOTA D.E **** para ejercer profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** en el Terri rio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolucion rige a partir de la fecha de expedicion.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

Orig.
BEATRIZ LONDOÑO SOTO

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

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 *

41756641

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).

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Flor Stella
Apellidos	Mayo Lopez
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASAPORTE ☐ No. 41756641
Fecha de Nacimiento:	Día: 29 Mes: 11 Año: 1958

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Flor Stella
Apellidos:	Mayo Lopez
Documento de identidad:	C.C. ☑ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 41756641
Fecha de nacimiento:	Día 29 Mes 11 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	AH1N1 9-MAYO-2011 H1067-V30 Influenza julio-21-2012 Lote 1203701 Influenza Mayo-29-2013 I-7082			
Otras	H1N1 Voltaro			
	AH1N1 2011 106836/MS2010			
Vacunado Abril 14/2011 ESSA Bayo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	02 Feb/10	A2 H00921 Nov 11	Patricia M
	2	04 Marzo/10	A2 H00921 Nov 11	Patricia M
	3	06 Abril/10	A2 H00921 Nov 11	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	dTpa Marzo-20-2013			Boostrix AC37B064AA
	Boostrix Tetanica Acelular.			

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000026489

Regimen : COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 21/11/2017 11:29:53

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO PERIÓDICO

NOMBRE Y APELLIDO: FLOR STELLA MAYO LOPEZ **C.C** 41756641

EDAD 62 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ✓

Visiometría

Audiometría

Espirometría

Exámenes de laboratorio SI NO

Glic Col Trigli Otros

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ HIGIENE POSTURAL / CONTROL POR NUTRICION EPS
CONTROLES DE SALUD EPS
USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI NO Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

NT

Stella Mayo Lopez

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Anderson Y. Gómez Avila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolucion No 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

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 :

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

c.c. 41.756.641

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

Dado en Bogotá D.C, a los 13 días del mes de Julio de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

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

FECHA: 22/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		
Mayo	López	Flor	Stella.		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	41756641.	Bogotá	1977/09/28.

PASAPORTE ☐	OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/11/55.	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		2	3105783499

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Clle 4F#53B23 P.3.	Btá	Cundinamarca.	Colombia	4069626

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
telitamayo@hotmail.		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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐		SI ☐	NO ☒	8691
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Sub Red Centro Oriente.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐ # NIT: 900959051

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

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cq 34 # 5-43	5966600	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Aux Enfermeria.	**FECHA VINCULACION**	1-05-03	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1.444.000	GASTOS FAMILIARES	1'000.000	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	1'444.000	TOTAL EGRESOS	1'000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser diferente de su Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Monroy.		Anayibe.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Tv 18 # 44c 67 Sur	Bogota	Amiga	3138311438

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	477011734 2		

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 ☐ OT ☐ ☐ 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.):
Prestar Servicios como tecnico Auxiliar de Enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 dias 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 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Flor Stella Mesa Sepe2

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:		

Cruz Blanca E.P.S.

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) FLOR STELLA MAYO LOPEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania número 41756641 presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	FLOR STELLA MAYO LOPEZ		
Número de identificación:	41756641	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	14/07/1999	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	clle 4 F No. 53B23	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4069626 3105783499	Depto. Residencia:	Bogota D.C.

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
41756641	MAYO LOPEZ FLOR STELLA	01/11/2012	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

se firma y expide en Bogotá a los 26 del mes de Marzo de 2015 , a solicitud del interesado

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS. DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Director Nacional de Operaciones
Elaboro: sistema sistema

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**. identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 41,756.641 se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Enero de 2016.

Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

41.756.641	SEGUROS BOLIVAR.
Numero de Documento	ARL

FLOR	STELLA	MAYO	LOPEZ.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

	BOGOTA	Calle 4F H53B23	4069626
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

CRUZ BLANCA	PORVENIR.	$ 1'494.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar Enfermeria	ENERO 2018.
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Florstellamayo29@gmail.com	3105783499.
Correo Electrónico	Celular

Flor Stella Mayo Lopez	Nelson Javier Maldonado.
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 79655768.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101642204

WEB
17:56:08

Bogotá DC, 11 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) FLOR STELLA MAYO LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41756641:

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 REPUBLICA

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 sábado 11 de noviembre de 2017, a las 17:40:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	41.756.641
Código de Verificación	591577522017

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

JNMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1884281

Bogotá D.C., 11 de Noviembre de 2017 - 17:56 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) **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN** de BOGOTA D.C.

41756641

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_467L9_5617
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 11/11/2017 a las 17:43:14 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 41756641 y Nombres: MAYO LOPEZ FLOR STELLA
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.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2012/10/05

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora FLOR STELLA MAYO LOPEZ con Cédula de Ciudadanía número 41756641 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008770117342

Fecha Apertura 2004/09/14

Cordialmente,

DAVIVIENDA 0095 - OFICINA TRINIDAD GALAN

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner