

En pausa					
UTC -5:17:43.29					
JESSICA MARCELA M...					
Buscar					
Id de página: 23034329 - Ayuda					
Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	Delet
1/10/2018 11:59:00 PM <small>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small>	1 día de tiempo transcurrido <small>(12/15/2018 11:59:00 AM UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small>	JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ	67 236 000 COP	Modificación aceptada enviada	
HERRAMIENTAS					
Modificaciones:					
Aprobación:					
Enviado a la Entidad Estatal:					
Terminados anormalmente:					



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MAHECHA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES JESSICA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1106738909	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 22 MES OCT AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD Armero		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 14 N 149 80 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000000 EMAIL jessimar8822@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 BACHILLER COMERCIAL			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO 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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
ES	3	X	ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	7 2018	
ES	6	X	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1 2017	1106738909
UN	12	X	MEDICO Y CIRUJANO GENERAL	7 2017	73276272010

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		



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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

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 HOSPITAL SAN CARLOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7443333	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 16 MES 10 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO ANESTESIOLOGO	DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN CRA 12D 33 44S	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2891100	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO ESPECIALISTA EN	DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 5TA ESTE 19-50 S	

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	2	10
PRIVADO	0	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA CONVERGEN CON LOS DATOS DE LA LEY 1448 DE 2010



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 

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

JESSICA MAHECHA S.
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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1106738909 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 14 N 149 80

Teléfonos 3204527058 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
IVAN MAHECHA PERDOMO	14270013	PADRE
SOFIA INES SANCHEZ QUINTANA	65500308	MADRE

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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 90.356.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 90.356.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	455070040692	BOGOTA	\$ 300.000,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	418059622	ARMERO	\$ 3.906.790,00

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
FEPASDE	CREDITO EDUCATIVO	\$ 45.000.000,00



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.

Última Actualización: 16-dic-2018

COLPATRIA

CREDITO DE VIVIENDA

\$ 57.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA	SOCIO
ASOCIACION COLOMBIANA DE CUIDADO PALIATIVO	SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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

JESSICA MARECHA S.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La Fundación Universitaria Juan A. Corpas

*Institución Universitaria con Personería Jurídica 2405 del 29 Mayo
de 1974 del Ministerio de Educación Nacional*



ESCUELA DE MEDICINA

*En nombre de la República de Colombia,
por autorización del Ministerio de Educación Nacional y*

Teniendo en cuenta que:

Jessica Marcela Maherha Sánchez

C.C. 1.106.738.169 de Armero (Huayabal);

*culminó satisfactoriamente los programas y requisitos académicos
establecidos por la Fundación y los demás exigidos
por la ley, le confiere el título de:*

Médico y Cirujano General

Código 270746100001100111100

*y le otorga el presente Diploma que le acredita como tal,
reprendéndolo con las firmas y sellos respectivos.*

Bogotá D.C. Diciembre 15 de 2009

Nº 3108

Así Mdo. Uribe
Rector

[Firma]
Vrano

[Firma]
Secretaria General

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.



TENIENDO EN CUENTA QUE

Jessica Marcela Mahecha Sánchez

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C. No. 1106738909

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

Facultad de Medicina Postgrados

LE OTORGA,

EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL,

EL TÍTULO DE

Especialista en Anestesiología y Reanimación

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN
EN BOGOTÁ, D.C., A LOS *quince* (15) DÍAS DEL MES DE *marzo* DE *dos mil novecientos* (2016)

Yagor Sim
RECTOR

DECANO

DIPLOMA 42781

SECRETARIO GENERAL



Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

Agradecimiento a que:

Jessica Marcela Mahecha Sánchez

C.C. 1.106.738.909 expedida en Armenia

Ha cumplido en

Instituto Nacional de Cancerología

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 5 días del mes de Septiembre de 2018.

Rector
Vicerrector Académico
Decano de la FacultadActa de Postgrado P6 - 1985 - UNMG
Registro P6 - 1985
Director

Jefe División Registro y Control

Registro Oficial
Anotado al folio 3º Libro 80
Día 06 Mes 09 Año 2018

Como Notaría Cuarentena(40) Encargada
del Círculo de Bogotá, hago constar que
esta copia fotostática coincide con el
original con que fue confrontada.
01 AGO 2017



Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 407

En la Ciudad de Bogotá, D.C., el día 15 del mes de Diciembre de 2009, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Directivo Doctores ANA MARIA PIÑEROS RICARDO Rectora, LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO Vicerrector Académico, JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO Vicerrector Administrativo, JAIME GARCIA CADENA Decano, CARMEN ALICIA ESPINOSA DE DIAZ Directora del Departamento Jurídico y FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General, con la asistencia de los Doctores MONIQUE MEZIAT RESTREPO Directora de Bienestar Universitario y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.

en el cual la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Código del Programa No. 1807, otorgado por el ICFES, Registro Calificado otorgado mediante Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1494 del 26 de Marzo de 2008, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.106.738.909 de Armero (Guayabal), quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y reglamentarios exigidos por la Institución y con las normas legales vigentes; por lo que se le otorgó el Diploma No. 5108 que le acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Diciembre de 2009.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.


Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADOS
Sede Bogotá, D.C.
ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
SNIES 4619

ACTA DE GRADO N° 2419

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día quince (15) del mes de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina - Posgrados; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución N° 12387 de 1981, y con la debida autorización del Consejo Académico de la Facultad, según Listado Oficial No. 01 del día 09 de Marzo del año 2.016 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

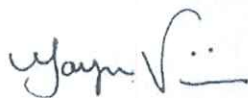
A:

Jessica Marcela Mahecha Sánchez

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 1106738909

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma N° 42781 con Número de Registro 35314 anotado al Folio 37 del Libro 9 de fecha quince (15) de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de Marzo del año dos mil dieciséis (2.016).



Dra. MAYRA VIERA CANO
RECTORA



Dr. JORGE ERNESTO DURÁN PINZÓN
SECRETARIO GENERAL



UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

0085199

Decreto 2725 del 23 de febrero de 1980: Reglamento Internacional Resoluto 1975 del 23 de junio de 1982
del Ministerio de Educación Nacional, según la Ley 805 del 3 de octubre de 2003.

ACTA DE POSGRADO 1365 UMNG
Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

En Bogotá, D.C., a los cinco (5) días del mes de septiembre de 2018, se reunieron en la Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada los siguientes funcionarios. Por parte de la Universidad: Señor Brigadier General **HUGO RODRIGUEZ DURAN**, Rector; Doctora **OLGA LUCIA ILLERA CORREAL**, Vicerrectora Académica; Coronel Médico (RA) **JORGE ENRIQUE LUQUE SUAREZ**, Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Por parte del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Doctora **CAROLINA WIESNER CEBALLOS**, Directora General y la Doctora **MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO**, Coordinadora Grupo Área de Docencia, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un(a) Residente que adelanto sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 10, 24, 25 y 28 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980, artículo 2º de la Ley 805 de 2003; Resolución 12975 de 1982 y Decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 06 de 2012 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TÍTULOS

La Rectoría de la Universidad Militar Nueva Granada teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Admisiones, Registro y Control Académico por intermedio de su Jefe y el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. por intermedio de su Directora General, han informado que el(la) Profesional **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 1106738909 de ARMERO, ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro 1365.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980 firman los que en ella intervinieron.

Magda Lorena Jiménez C.
Doctora **MAGDA LORENA JIMENEZ CASTAÑO**
Coordinadora Grupo Área de Docencia

Signen firmas al respaldo

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

TI.88.102.257.353

APROBO EL CURSO

INFORMATICA BASICA

DURACION 120 HORAS

JOSE ANTONIO LOZANO RAMIREZ

JEFE DE CENTRO

Ibagué, 17 de Diciembre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00386 17/12/2003
Nº Y FECHA DE REGISTRO



REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

TI.88.102.257.353

APROBO EL CURSO

CONTABILIDAD GENERAL I

DURACION 240 HORAS

JOSE ANTONIO LOZANO RAMIREZ

JEFE DE CENTRO

ibague, 17 de Diciembre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION



CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE FORMACION

SGC2003AP00398 17/12/2003
No. Y FECHA DE REGISTRO

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jessica Marcela Mahecha S. 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:

Especialista en Anestesiología y Reanimación
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

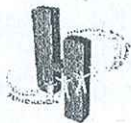
Firma JESSICA MAHECHA S.

No. de documento: 1106738909

Tarjeta profesional No: 1106738909

Dirección de contacto: Cra 14 # 149-80

Teléfono: 3204527059



Bogotá D.C., diecisiete (17) de enero de dos mil diecisiete (2017).
SG-CEE-2017-018.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.
Ciudad.

**REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS PROFESIONALES.**

El suscrito Asesor Jurídico de la Fundación Hospital San Carlos se permite certificar que la Doctora **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.106.738.909 expedida en Armero Guayabal., prestó sus servicios a la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 21 de 2016, con vigencia del primero (01) de febrero de dos mil dieciséis (2016) hasta el veintitrés (23) de septiembre de dos mil dieciséis (2016) como **MEDICO** especialista en **ANESTESIA Y REANIMACIÓN**.

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de enero del año dos mil diecisiete (2017).

Atentamente,



ANDRÉS ARTURO DÍAZ RODRIGUEZ
Asesor Jurídico
Fundación Hospital San Carlos

Proyectó: Luis Alberto Churque Triana - Abogado Oficina Jurídica FHSC.

Fundación Hospital San Carlos
Carrera 120 No. 32-44 Sur
Commutador. 7443333.
Secretaría General

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.106.738.909

NUMERO

MAHECHA SANCHEZ

APELLIDOS

JESSICA MARCELA

NOMBRES

JESSICA MAHECHA S

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1988
ARMERO (GUAYABAL)
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

27-NOV-2006 ARMERO (GUAYABAL)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2901600-63156271-F-1106738909-20070201

0073807032N 02 219381853

2. Concepto: **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14412579009



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 0 6 7 3 8 9 0 9 - 3

6. DV:

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 1 0 6 7 3 8 9 0 9

27. Fecha expedición:

2 0 0 6 1 1 2 7

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Tolima

30. Ciudad/Municipio:

Armero

0 5 5

31. Primer apellido

MAHECHA

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

JESSICA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Tolima

40. Ciudad/Municipio:

Armero

0 5 5

41. Dirección principal

CR 6 5 51 BRR CENTRO

42. Correo electrónico:

jessimar8822@hotmail.com

43. Código postal

1 1 0 6 7 3 8 9 0 9

44. Teléfono 1:

3 2 0 4 5 2 7 0 5 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 1 2 1 0

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

3 2 3 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 2

22. Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 4 2 1

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

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

984. Nombre: HERNANDEZ FERNANDEZ FABIAN MARCELO
985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HACIENDA

Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Página

Fecha: 16/12/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1106738909

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 6 5 51 Teléfonos: 3204527058
Dirección electrónica: Jessimar8822@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 10/12/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos:

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libre y Ocho

Profesión o Educación
MÉDICO

Registro No
73 2762/2010

Nombres y Apellidos

MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA

C.C.a.C.E

CC 1106738909

Institución de Educación
E.M.J.N. CORPAS

Código 69381/11

De

ARMERO

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Expedición

06/09/11

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY NO. 1714 DEL 1 DE OCTUBRE DE 2007
SI ESTA TARJETA SE ENCONTRA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

JESSICA MARCELA
MAHECHA SANCHEZ

C.C. 1106738909

MEDICO(A)

Expedición 26/07/2011



IGendes S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





Consulta de Profesionales y Auxiliares de la Salud con Autorización de la profesión.



--- Tipo Documento ---

Nro Identificacion

Consultar



MEDICO(A)

Según Resolución Nro 2762 del 05 de octubre de 2010 - Lugar expedición
Ministerio de Salud - Depto : Tolima

Para el documento de Identificación CC - 1106738909

Tenga en cuenta

Se informa que para la verificación del Registro de Inscripción de Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, y Auxiliares de la Salud en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se debe tener en cuenta que:

Se encuentran inscritos todos los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, y Auxiliares de la Salud que **terminaron estudios en la ciudad de Bogotá D.C.** o de Instituciones Educativas con sede principal en esta ciudad. (Ej: SENA).

Se encuentran los Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, y Auxiliares de la Salud egresados de cualquier institución de educación en salud **y que antes del año 2014 se habían inscrito en este ente territorial** de acuerdo a lo ordenado por la Resolución 1875 de 1994 y el Decreto 1352 de Julio 2000. Proceso que cambió cuando se hizo vigente la Resolución 3030 del 2014 (Julio/2014).

Los Profesionales de las carreras que se encuentran Colegiadas o con Delegación por parte del Ministerio de Salud de Funciones Públicas a partir del 2014 **pueden NO encontrarse inscritos en esta Secretaría**, sino en los Colegios respectivos de las profesiones de Medicina, Enfermería, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Química y Farmacia y Fonoaudiología; lo cual no indica que no sean Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, y Auxiliares de la Salud. Para verificar su inscripción deberá dirigirse a estos entes (Colegio, Asociación, Agremiación).

Para las demás profesiones del Área de la Salud que terminaron estudios en la ciudad de Bogotá D.C. y que no se encuentran colegiadas, se sigue expidiendo la Resolución para el Ejercicio Profesional por parte de esta Secretaría o del ente territorial correspondiente.

Para Profesionales, Tecnólogos, Técnicos, y Auxiliares de las Ciencias de la Salud que se hayan a los cuales se les autorizó el ejercicio de la profesión en otros Departamentos y que **nunca se inscribieron en Bogotá D.C.**, deben solicitar la corroboración del acto administrativo autorización del ejercicio de la profesión u ocupación ante dicha entidad

Para realizar **VERIFICACIÓN DE TÍTULOS**, debe dirigirse a la **universidad o entidad educativa legalmente reconocida** que expidió el título o certificado de terminación de estudios. El hecho de figurar en esta base de datos, no le exime la obligación a la institución contratante de servicios el verificar la idoneidad de los profesionales, profesionales especialistas tecnólogos, técnicos, y auxiliares de la salud que contrata.

release 1.0 [Set Screen Reader Mode On](#)

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1106738909

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-16→10:53:06 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1106738909	JESSICA	MARCELA	MAHECHA	SANCHEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1106738909] JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**2018-12-16→10:53:06 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2010/10/05	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C-005512

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
MANIFIESTA:**

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.106.738.909 de ARMERO GUAYABAL T.P. o R.M. No. 73-2762/2010 expedida por MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Veintiséis (26) días del mes de Julio de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao P.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ ID
Presidente



*Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975
Fax 6279587 Bogotá D.C.*

Email trnetmed@outlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com



No. de Orden : E02-950040
 Paciente : MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA
 Documento Id : 1106738909
 Empresa : PARTICULAR
 Sede : NORTE

No. Interno : E02-950040
 Edad : 29 a 2 m 5 d
 Teléfono : 3204527058
 E-Mail : JESSIMAR8822@hotmail
 No. Autoriza:

HBA1C1**TRIG**COL**HDL**LDL**VLDL**CREA**HBSAC**

ALGSAN

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
QUIMICA CLINICA				
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)				
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)	4.82	%	0 -	0
VALOR DE REFERENCIA:				
No diabético: 4.0 - 6.4 %				
Diabético controlado: 6.5 - 8 %				
Diabético no controlado: Mayor de 8 %				
CONVERSION PORCENTAJES DE HBA1C A VALORES MEDIOS DE GLUCOSA				
VALOR DE GLICEMIA (mg/dL) HEMOGLOBINA GLICOSILADA (%)				
80-120	5-6			
120-150	6-7			
150-180	7-8			
180-210	8-9			
210-240	9-10			
240-270	10-11			
270-300	11-12			
300-330	12-13			
Tecnica: INMUNOTURBIDIMETRIA				
Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA				
PERFIL LIPIDICO				
TRIGLICERIDOS	85.7	mg/dl	40 -	200
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL TOTAL	125	mg/dl	50 -	200
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	52	mg/dl	45 -	65
Tecnica: COLORIMETRIA				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	55.86	mg/dl	0 -	130
COLESTEROL VLDL	17.14	mg/dL	6 -	34
Validó: Reg 1031142675 NATALIA GALINDO PATIÑO				
CREATININA SERICA				
CREATININA SERICA	0.58	mg/dl	0.5 -	0.9
VALORES DE REFERENCIA:				
NEONATOS: Prematuros : 0.29 - 1.04				
Término : 0.24 - 0.85				
Tecnica: ENZIMATICA				
Validó: Reg 15959351 LUIS VASQUEZ VALENCIA				
HORMONAS				
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS				
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	143.4	UI/L	0 -	0
Se sugiere correlacionar con historia clínica.				
VALORES DE REFERENCIA:				
No reactivo: Menor a 10				
Reactivo: Mayor o igual a 10				

idime



02-E02-950040

Página N° : 2

Fecha ingreso : 26/12/2017 10:29:38 AM

Fecha impresion : 27/12/2017 06:09:24 AM

No. de Orden : E02-950040

Paciente : MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA

Documento Id : 1106738909

Empresa : PARTICULAR

Sede : NORTE

No. Interno : E02-950040

Edad : 29 a 2 m 5 d

Teléfono : 3204527058

E-Mail : JESSIMAR8822@hotmail

No. Autoriza:

HBA1C1**TRIG**COL**HDL**LDL**VLDL**CREA**HBSAC**

ALGSAN

Examen

Resultado

Unidades

Valores de referencia

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación

10 - 100: Niveles de protección

Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1026274661 DIANA PAIPILLA ARENAS

FIRMA

COORDINADOR LABORATORIO

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

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



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: JESSICA

Apellidos: MAHECHA SANCHEZ

Documento de Identidad: ☒ CC ☐ TI ☐ PASA-
PORTE No. 9.106.738.909

Fecha de Nacimiento: Día: 22 Mes: 10 Año: 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	<u>9-08-10</u>	<u>01203019</u>	<u>Dolaniz</u>
Toxoide Tetánico Difitérico Td	1	<u>9-03-10</u>	<u>024490063</u>	<u>Dolaniz</u>
	2	<u>10-09-10</u>	<u>024490068</u>	<u>Dolaniz</u>
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	<u>10-09-2010</u>	<u>0960FC0252</u>	<u>10 años</u>	<u>Dolaniz</u>
Contra Influenza	<u>23-09-10</u>	<u>10205421</u>		<u>NISA</u>
AH111		<u>NOVA0713</u>		
Otras				

Ambia
s de riesgo

Consérvelo

Se puede recuperar el certificado Internacional de Vacunación en PDF, sujeto a transcripción en los sitios autorizados.

FOR ME Y FOR COLOMBIA.YO ME VAGUNO



MinSolud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nommes

Agelidos.

Documento
de identidad

C.C. - TU

Pacancito

No.

No. 11 06738909

Fecha de
Nacimiento

Dia 27 Mes AO Ano 1958

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Campanula Rubra	1			
Campanula Rubra	2			
Campanula Rubra	3			
Campanula Rubra	4			
Campanula Rubra	5			
Campanula Rubra	6			
Campanula Rubra	7			
Campanula Rubra	8			
Campanula Rubra	9			
Campanula Rubra	10			

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

(Handwritten signature across the bottom row)



Unidad Médica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.

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

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



Nº: 830.015.994-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 23 11 2016

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

NOMBRES: JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ C.C. 1.106.738.909 EDAD: 28 SEXO ☒ M ☐ F

EMPRESA: HOSPITAL SAN BLAS CARGO: ANESTESIOLOGA Tel.: 3204527058

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Valoración Médica Laboral	NORMAL	ANORMAL
Espirometría	☒	☐
Audiometría	☐	☒
Visiometría	☐	☒
Optometría	☐	☒
Electrocardiograma	☐	☒
Psicología Laboral	☐	☒
Radiología	☐	☒
Tórax/Cabeza	☐	☒
Columna	☐	☒
Tórax	☐	☒

Respiratorio	NORMAL	ANORMAL
Dermatología	☒	☐
Osteomuscular	☒	☐
Cardiovascular	☒	☐
Vacunas	☐	☒
Prueba de Equilibrio	☐	☒
Otros	☐	☒

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	NORMAL	ANORMAL
Glicemia	☐	☒
Colesterol	☐	☒
Triglicéridos	☐	☒

Serología	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina	☐	☒
RH - Grupo Sanguíneo	☐	☒
Varios	☐	☒

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

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

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

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

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	☒	7. Uso de Doble Protección Auditiva	☐	13. Evitar Posturas Prolongadas	☒
2. Pausas Activas	☒	8. Control Optométrico Periódico	☐	14. Uso de Medias de Compresión Graduado	☐
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	☒	9. Uso de Lentes permanentes	☐	15. Valoración y Manejo en IPS	☐
4. Uso de Elementos de Protección Personal	☒	10. Uso de Lentes Visión de Cerca	☐	16. Dieta - Ejercicio Físico	☐
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral	☐	11. Control de Tensión Arterial	☐		
6. Control Audiométrico	☐	12. Estilos de Vida Saludable	☒		

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

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

Jessica Garzón Rodríguez
Médico Especialista
Salud Ocupacional U.N.
Licencia 1888 S.D.S.
RM

Firma Trabajador

Jessica Mahecha S.
C.C. No. 1106738909



Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com



FUNDACION MARYOS

Certifica que:

JESSICA MARCELA MAHECHA SÁNCHEZ

Con cc 1.106.738.909

Realizó el:

CURSO ATENCIÓN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Con una duración de 40 horas

Se expide en Bogotá D.C. 23 de Julio 2018

En constancia firman:

EDITH MARLEN HUERTAS MARTIN
Médica epidemióloga

OSCAR HERNANDO SUAREZ DELGADILLO
Coordinador del curso

REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLIC OF COLOMBIA

CURSO SOPORTE
VITAL BASICO
SVB/BLS



ICARO APH S.A.S.

NIT: 900594014-6

Res. 2149 - 6 de Diciembre de 2013

CERTIFICA QUE

CERTIFIES THAT

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

Identificación I.D. Card No 1.106.738.909

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

CURSO SOPORTE VITAL BASICO SVB/BLS
COURSE BASIC LIFE SUPPORT SVB/BLS

Intensidad horaria: 20 horas teórico practicas (current time: 20 Hours theorist practice)

Realizado en Tunja, Boyacá 04 de Septiembre de 2016

Registrado en Libro No: 001
Register in the book Nr.

Folio No: 0011
Sheet Nr.

Bajo el No: SVB/BLS 0016
Under Nr.

Valido hasta: 04/09/2018
Valid until:

JOSE ALBERTO LEGUIZAMO URIBE
Instructor

CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA
Gerente ICARO APH S.A.S

CURSO SOPORTE
VITAL AVANZADO

SVCA/ACLS

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLIC OF COLOMBIA



ICARO APH S.A.S.

NIT: 900594014-6

Res. 2149 – 6 de Diciembre de 2013

CERTIFICA QUE

CERTIFIES THAT

JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ

Identificación I.D. Card No 1.106.738.909

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO SVCA/ACLS (48Horas)

COURSE ADVANCED LIFE SUPPORT SVCA/ACLS (48 Hours)

Intensidad horaria: 48 horas teórico practicas (current time: 48 Hours theorist practice)

Realizado en Tunja, Boyacá 03 y 04 de Septiembre de 2016

Registrado en Libro No: 001

Register in the book Nr.

Folio No: 0002

Sheet Nr.

Bajo el No: SVCA/ACLS 0002

Under Nr.

Valido hasta: 04/09/2018

Valid until:

JOSE ALBERTO LEGUIZAMO URIBE

Instructor

CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA

Gerente ICARO APH S.A.S

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 16-12-18 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 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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: OTRO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: MAHECHA SEGUNDO APELLIDO: SANCHEZ PRIMER NOMBRE: JESSICA SEGUNDO NOMBRE: MARCELA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1106738909 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Armero - Guayabal FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2006/11/27

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 22-10-88 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Armero - Guayabal PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 1 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 3204527058

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: OTRO Exp. Anestesiologo

DIRECCION RESIDENCIA: Cra 14 # 149-80 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA:

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: Jessimar9822@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 2221

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☒ NO ☐ IVA SI ☐ NO ☐ ICA SI ☒ NO ☐ PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☒ LUD ☐	NIT	800215303-7
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ LOGISTICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐			
OTRA ☐ CUAL: ☒ X			
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Is SE #19-50	2891100	Bogota	Cundinamarca
CARGO ACTUAL	Anestesiologo		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)
			2016/02/01

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	\$ 7.000.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA \$ 51.000.000
HONORARIOS	\$ 15.000.000	ARRIENDOS	\$ 1.000.000	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO \$ 10.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	\$ 700.000	PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS* \$ 100.000.000
TOTAL INGRESOS	15.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 8.700.000	TOTAL ACTIVOS	0
				TOTAL PASIVOS	\$ 161.000.000
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 localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Fernandez		Gladys	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cra 14 # 149-80	Bogota / Cundi / Colombia	Amigas	3214506337

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	455010040692	Bogota	3383838

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 ☐ PREPAGOS ☐ PAGOS ☐ 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 aqui 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.):

Anestesiología

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 destinarán 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título 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.

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 sarlaf@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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 VERIFICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Jessica MAKECHA S.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado con C.C No 1106738909 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1106738909, con vigencia desde 9/1/2015 hasta 12/31/2050. La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1106738909	JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ	30	162	01/09/2015	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 16 días del mes de Diciembre del 2018

[Firma manuscrita]

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multifiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud



OLD MUTUAL

Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 109 A - 30
Teléfono: +57 (1) 658 4000 - 484 1300
Bogotá, Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517 526
www.oldmutual.com.co

**Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como
administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias**

Certifica

A quien interese

Que JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificada con cédula de ciudadanía número 1106738909 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002220670, vigente desde el 1 de Abril de 2016 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 16 de Diciembre de 2018.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

110738909

Numero de Documento

COIMENA

ARL

JESSICA

Primer Nombre

MARCELA

Segundo Nombre

MAHECHA

Primer Apellido

SANCHEZ

Segundo Apellido

22/10/1988

F. Nacimiento dd/mm/aa

Armero - Guayabal

Ciudad de Nacimiento

Cra 14 #149-80

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

ALIANSA(UD)

EPS - Salud

OLD MUTUAL

AFP - Pensiones

\$ 6.000.000

Honorarios

ESPECIALISTA ANESTESIOLOGIA

Objeto Contractual (Cargo)

01 - FEBRERO - 2016

Fecha Inicio del Contrato

Jessimar8822@hotmail.com

Correo Electrónico

3204527058

Celular

JESSICA MAHECHA S.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119255551



WEB

12:18:42

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1106738909:

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 GONZALEZ
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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 16 de diciembre de 2018, a las 12:10:23, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	1106738909
Código de Verificación	1106738909181216121023

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 16 de Diciembre de 2018 - 12:12 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL CIENTO SEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NUEVE**

1106738909

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_MLTFE_1112**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:13:06 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1106738909**

Apellidos y Nombres: **MAHECHA SANCHEZ JESSICA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTÁ
COLOMBIA,

2016/02/02

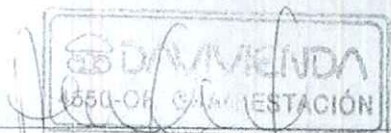
Por medio de la presente hacemos constar que la señora JESSICA MARCELA MAHECHA SANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía número 1106738909
de GUAYABAL-TOLIMA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 455070040692

Fecha Apertura 2016/02/02

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA