Soacha, 11 de Julio de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Karen Madelyn Bernal Mendivelso

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Karen Madelyn Bernal Mendivelso
Nombre del Contratista
CC: 1018421969
Dirección: Calle 31 f sur # 15 a 46
Email: madelinbernal123@gmail.com
Teléfono/ Celular: 9007173/3107646895

KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO

Dirección: Calle 31f sur N 15ª -46 Ciudad Latina

Tel. 9007173 Cel.: 3107646895

Correo:madelinbernal@hotmail.com



PERFIL PROFESIONAL

Técnico auxiliar de enfermería, estudiante de 8 semestre de ingeniería mecánica interesada en el área administrativa y operativa, conocimientos básicos de manejo de Excel, Word, Power Point, actitud de servicio, salud pública, mejoramiento continuo, seguimiento de instrucciones.

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha

Funciones: prestar servicios asistenciales como auxiliar de enfermería (ssr), la ejecución del convenio interadministrativo plan de intervenciones colectivas – pspic 948-2021 entre la secretaría de salud de Soacha y la E.S.E hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha junio 30 de 2021 a 29 agosto de 2021
Septiembre 8 de 2021 a 31 octubre de 2021
Noviembre 5 de 2021 a 31 diciembre de 2021
Enero 4 de 2022 a 30 de junio de 2022

E.S.E Municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza

Funciones: Auxiliar de enfermería salud publica área PIC, educación a la población sobre el manejo de medidas de prevención Covid-19 marzo 02 de 2020 a 30 diciembre de 2020

Colpatria Axa Arl (Millenium)

Funciones: Asignación de citas, manejo de procesos de Arl
Mayo 02 de 2018 a 15 noviembre de 2018

FORMACIÓN ACADÉMICA

Título: Bachiller académico
Institución: Institución Educativa Nuevo Compartir
Año: 2005

Título: Técnico Auxiliar de Enfermería
Institución: Cefap de la Caracas
Año: 2007

Título: Tecnología Mecánica Industrial
Institución: Universidad ECCI
Año: 2018

Título: Ingeniería Mecánica
Institución: Universidad ECCI
Año: 8 semestre en horario nocturno

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Manejo de la vacunación contra el Covid19 en Colombia
  Institución: Sena 2021

- Curso básico de vacunación PAI
  Institución: AJUDISP 2020

- Curso Atención a víctimas en violencia sexual
  Institución: AJUDISP 2020

- Curso Excel Intermedio
  Institución: Educación Futuro Compensar 2015

- Curso Excel Básico
  Institución: Educación Futuro Compensar 2015

- Curso Servicio al cliente Internos y Externos Institución: Educación Futuro Compensar 2015
- Taller de competitividad laboral: proyecto de vida, comunicación manejo del conflicto, y habilidades de negociación, trabajo en equipo y toma de decisiones. Institución: Educación Futuro Compensar 2015.

- Taller de claves: Inteligencias para el trabajo y la vida, Habilidades lectoescritas, planeación y manejo del tiempo, uso de la TIC y pensamiento lógico matemático.

- Taller de apoyo: Selección para el éxito
  Institución: Educación Futuro Compensar 2015



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.018.421.969

NUMERO

BERNAL MENDIVELSO

APELLIDOS

KAREN MADELYN

NOMBRES





INDICE DERECHO

11-MAR-1988

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

23-ENE-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500102-47158732-F-1018421989-20070419 03007 07109A 02 228248893

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 199749242

WEB
17:40:23

Bogotá DC, 04 de julio del 2022

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) KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1018421969:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de diciembre de 2021, a las 18:17:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1018421969
Código de Verificación	1018421969211230181719

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:38:39 PM horas del 04/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1018421969**

Apellidos y Nombres: **BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

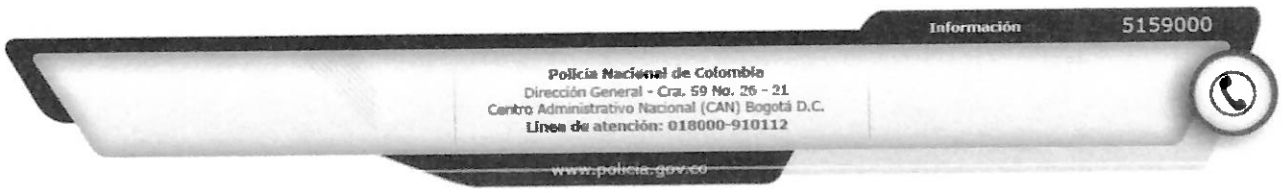
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/07/2022 06:27:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1018421969** y Nombre: **KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **36405841** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14836056286

(415)7707212489984(8020) 000001483605628 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1018421969	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

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	1018421969	2007 01 23

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
BERNAL	MENDIVELSO	KAREN	MADELYN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CL 31 F SUR 15 A 46

42. Correo electrónico: madelinbernal@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3107646895	3174111803

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal: 46. Código 8699 / 47. Fecha inicio actividad 2021 12 31	Actividad secundaria: 48. Código / 49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1 2	51. Código 3223	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022 - 07 - 04 / 17 : 50: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2022-07-11	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR [ ]	PARTICULAR [ ]	CONTRATISTA OPS [X]	SERVIDOR PUB [ ]	OTRO [ ]	CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
KAREN	MADELYN	BERNAL	MENDIVELSO

TIPO DE IDENTIFICACION	Nº IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	1018421969	BOGOTÀ	2007-01-23
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-03-11	BOGOTÀ	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [X] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	1	0	3107646895

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNICO [X] TECNOLOGO [ ] OTRO [ ] CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 31 F SUR - 15 A 46	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	9007173

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
madelibernal123@gmail.com		PROPIA [ ] FAMILIAR [X] ARRENDADO [ ]

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MANUEL	ELKIN	CADENA	CASTILLO

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	1000791536	ANOLAIMA	2015-05-05
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL.		ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI [X] NO [ ]	NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ]	ESTUDIANTE [ ]	HOGAR [ ]	PENSIONADO [ ]	CUAL:
SOCIO [ ]	CONTRATISTA [X]	COMERCIANTE [ ]	EMPLEADO PUBLICO [ ]	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	EMPLEADO SOCIO [ ]		OTRA..... [ ]	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI [ ] NO [X]	IVA: SI [ ] NO [X] / ICA: SI [ ] NO [X]	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: [ ] SECUNDARIA: [ ]
GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	[ ] NO [X]	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] SERVICIO [ ] SALUD [X]	NIT	800006850-3

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICO [ ] FINANCIERO [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL.

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	06/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE13N° 10 48	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	

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	$ 1 980 000	GASTOS FAMILIARES	$ 1 000 000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 1.980.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

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
ANGIE	MARCELA	VARELA	BUELVAS
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CIUDAD VERDE/ CONJUNTO ORQUIDEAS/ AP 501 TORRE 15	SOACHA/ CUNDINAMARCA	AMISTAD	3212465334

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA AHORROS	0-3107646895	SOACHA	3107646895

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc).

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Region de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicacion de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres ultimos 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 ultimos 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 ultimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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 Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración 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, CREDITICIA, 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 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 utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual provisne 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 también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir lo siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No 9-97 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestadas 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 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 tecnicos del sector salud. i) Envio 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) Envió de información de Sujetos de tributacion 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 juridicas 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 juridica 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, asi como para la elaboración 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 harán 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 biometricos. 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha 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 ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO identificado(a) con CC 1018421969 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	04/06/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 04 días del mes julio del 2022.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.421.969**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

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
BERNAL	MENDIVELSO	KAREN MADELYN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1018421969	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 11 MES 03 AÑO 1988	CALLE 31 F 15 A 46 calle 31f sur 15a -46 calle 31f sur 15a -46			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTA	MUNICIPIO	SOACHA		
MUNICIPIO	BOGOTA	TELÉFONO	3107646895	EMAIL	madelinbernal@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			07	2007	si

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3107646895	Día 04 Mes 01 Año 2022	Día 30 Mes 06 Año 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	CALLE 13 - 10 85

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 05 Mes 11 Año 2021	Día 31 Mes 12 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 08 Mes 09 Año 2021	Día 31 Mes 10 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA		Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	SOACHA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7309230	Día 01 Mes 06 Año 2021	Día 29 Mes 08 Año 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SUBGERENCIA COMUNITARIA	CALLE 13 N ° 9 -85

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD JULIO CESAR PEÑALOZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	09	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 31 F 15 A 46						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SALUD ESE DE SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 12 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MILLENIUM BPO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6500800	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AGENTE JUNIOR	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 100 20						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GENERAL MOTORS COLMOTORES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7400111	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE SERVICIO AL CLIENTE	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* AV BOYACA CALLE 56A # 36A 09						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*				

5 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON DMINISTRACIÓN 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 Sogacha 6-07-2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO: KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO

IDENTIFICADO CON C C **X** C E T I No 1018421969 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 31 F 15 A 46 calle 31f sur 15a -46 calle 31f sur 15a -46 TELÉFONO: 3107646895 9007173

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$1 980 000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$1 980 000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	03107646895	SOACHA	0,1

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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 X** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
MANUEL ELKIN CADENA CASTILLO	C C **X** C E T I	1000791536

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 11-07-2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 1 1 de julio de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Karen Madelyn Bernal Mendivelso, identificado(a) con cedula No. 1018421969 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de Enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Karen Madelyn Bernal Mendivelso

C.C.1018421969

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11de julio de 2022

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Karen Madelyn Bernal Mendivelso, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1018421969 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Karen Madelyn Bernal Mendivelso

C.C. No. 1018421969 de Bogotá

ARL COLPATRIA__

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO

N° Documento: 1018421969

Fecha de Nacimiento: 11MARZO 1988

Dirección: CALLE 31 F SUR 15 A 46

Teléfono. Fijo – Celular: 9007173/3107646895

E-mail: madelinbernal123@gmail.com

EPS: FAMISANAR

AFP: PORVENIR

Firma Contratista:

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1018421969
Nombre:	KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO
Fecha Inicio contrato:	25/07/2022
Fecha Fin contrato:	31/10/2022
Fecha Inicio cobertura:	25/07/2022
Número contrato:	09414
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	22/7/2022 3:22:09 PM

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 11 de julio de 2022

Señores:

Cefap de la Caracas

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Karen Madelyn Bernal Mendivelso_en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Técnico Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

N° Documento 1018421969

Tarjeta Profesional N° 1018421969

Dirección de contacto Calle 31 f sur # 15 a 46

Teléfono 3107646895

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Karen Madelyn Bernal Mendivelso, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1018421969, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionalesy legales sobre la protección del derecho fundamental de habeasdata, en particular lo dispuestoenelartículo15delaConstituciónPolítica,laLey1581de2012ysudecretoreglamentario1377 de 2013: ley 1712 de 2014 yLey1074de 2015; Resolución 1995 de1999; así como aquellas que regulan reserva ydemás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquiermomentoy sinprevioaviso,elcumplimientodelacuerdodeconfidencialidadynodivulgaciónde la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones.LaviolacióndelCOMPROMISODECONFIDENCIALIDAD,seráobjetodeinvestigaciónsin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOSYHERRAMIENTASUTILIZADASENLAEMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCARCONX
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS,ENTIDADESDESALUD,FUNCIONARIOSY CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOSFUENTESDEINFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAIWEB • DINAMICAGERENCIALHOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X X
3	FICHASDENOTIFICACIÓNEPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIASCLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Cualquierversióndeestedocumentaseráconsideradacomocopiasinvalidezsuutilizacionestaradisponibleenel PortalInterno delaEmpresaSocialdelEstado RegiondeSalud Soacha evitecopiasdeestedocumento yaquepuedeser una version

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 días del julio de 2022.

Firma y huella

3107646895

Celular No.

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

4:20

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Karen Madelyn

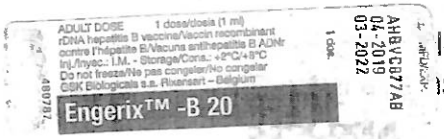
Apellidos: Bernal Mendivelso

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 1.018.421.969

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 03 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12.04.21	Astrazeneca	PU4003	Cafam Gran Estación	Ingrid Valcarcel	1013512834
	2	31 DIC. 2021	ASTRAZENECA 4:00 pm	7794	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Kevin Martinez Aux. Enfermeria C.C. 1.010.204.805	
	3	28 JUN. 2022	Pfizer.	PCN 0070	E.S.E. HOSPITAL Mario Gaitán Yanguas ÁREA VACUNACIÓN COVID SOACHA	Paola Andrea Correa A. Aux. Enfermeria C.C.52.317.005	



lombia.

ıs 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.

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Karen

Apellidos: Bernal

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1018 421 969

Fecha de Nacimiento: Día. 11 Mes. 03 Año. 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1	26-02-20	2338 COVAXE Kothering	
	2	03 MAR 2021	2338 COVAXE	
	3	06 JUL 2022	22080001	
	4	6-JUL 2023		
	5			
Hepatitis B	1	03 MAR 2021	AHBVC077AB	
	2	06 JUL 2022	22080001	
	3	06-Agosto 2022		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	MAY 2020	V5022001	Laura G
Otras	Influenza	24-11-21	V3B85	Wendy Rivera

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral: INGRESO - SALUD



Fecha: 11/Jul/2022, **Hora:** 07:01:37 a.m.
Apellido: BERNAL MENDIVELSO
Nombre: KAREN MADELYN
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1018421969
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: CLL 31 F SUR # 15 A 46
Telefono: **Celular:** 3107646895 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC: # 41343
Edad: 34 años
Sexo: Femenino
Nacim: 11/Mar/1988
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Apto con recomendaciones

Recomendaciones

Higiene Postural
Emplear Pausas Activas
Seguir normas de higiene y seguridad en el trabajo
Otras: *MANTENER MEDIDAS PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID 19 DURANTE LA JORNADA LABORAL Y MEDIOS DE TRANSPORTE.
*ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, MANTENER CUIDADOS Y DESINFECCIÓN EN CASA.
* REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR SUS TODAS SUS ACTIVIDADES LABORALES/ DIETA BALANCEADA: BAJA EN CALORÍAS, GRASAS Y HARINAS, MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

PACIENTE QUE. A LA FECHA. NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO
CC 1018421969

Huella Digital

Cra. 9 No. 12ª - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

República de Colombia

Centro de Capacitación

Cefap de la Caracas

Educación No Formal

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 Ministerio de Salud
Resolución No. 1460 del 22 de Mayo de 1996,
Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

a:

Karen Madelyn Bernal Mendivelso

Identificado(a) con C.C. No.. 1.018 421.969 Expedida en Bogotá D.C.

Quien Cursó y Aprobó el Programa de

Auxiliar de Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 14 de julio de 2007

Directora

Eligenia Molano de Guerrero

Secretaria

SENA

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
APROBACIÓN OFICIAL

Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de Salud
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaría de Educación.

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria del CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS.

CERTIFICAN:

Que en el Libro de Actas No. 1 Folio No. 032 se halla inscrita la presente **Acta No.** 23

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., República de Colombia el día 14 del mes de Julio de 2.007 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como secretaria Doris Patricia Guerrero Molano, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A *BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN* C.C. *1.018.421.969 DE BOGOTA D.C.*

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del Ejercicio como Auxiliar de Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 14 días del mes de Julio de 2.007, del Acta General No. 23 que comienza con el nombre de Alvarez Ortiz Nathalie y termina con el nombre de Zambrano Villota Diana Elizabeth

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS — DIRECCIÓN

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS — SECRETARIA

Secretaria



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

KAREN MADELYN
BERNAL MENDIVELSO

C.C. 1018421969

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 23/03/2010

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 3119 *de* 16/03/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN Identificado(a) con CC número 1018421969 expedida en BOGOTA D C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS el día 14/07/2007 y registrado en el libro 1 Folio 32 año 2007

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN identificado(a) con CC número 1018421969 expedida en BOGOTA D C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **16/03/2010**

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 23
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) KAREN BERNAL
CC. # 1018421969
Firma

9782

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-07-04--5:41:36 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1018421969	KAREN	MADELYN	BERNAL	MENDIVELSO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Reg Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO identificad 1018421969 registra La siguiente información:

2022-07-04--5:41:36 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportador
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010-03-16	3119	DTS SECRETARIA DISTRITAL

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

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901364935-1

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que estan facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO

QUE:

C.C. 1018421969 DE BOGOTA ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL GONZALEZ FIGUEROA

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 08 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL 2020

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

Karen Madelyn Bernal Mendivelso

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

JORGE HERNANDEZ
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: julio 4, 2022

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

CERTIFICA QUE:

Karen Madelyn Bernal Mendivelso

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 10,00

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión:febrero 21, 2022

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

N°089

LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señora, **KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO** identificada con cédula de ciudadanía **N° 1.018.421.969** suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA:

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
614-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA (SSR), PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC 948-2021, ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	$ 5.940.000	1/06/2021 HASTA 29/08/2021
998-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	$ 4.860.000	8/09/2021 HASTA 31/10/2021
1181-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	$ 3.960.000	5/11/2021 HASTA 31/12/2021
442-2022	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N°3394 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	$ 11.880.000	4/01/2022 HASTA 30/06/2022

Se expide a solicitud de la interesada, al primer día (1) del mes de Junio de 2022.

NIRIA JANITH GUERRERO GUERRERO
Subgerente Administrativa y Financiera
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Angélica Martínez Umaña - Apoyo Técnico para el Área de Contratación
Revisó: Yasmin Rafael Deluque Toro – Referente de Contratacion y Apoyo a la oficina Asesora Jurídica

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA -NIT. 832.001.794-2

CERTIFICA

Que revisados los documentos que obran en el archivo de la **EMPRESA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**, se encontró que la señora **KAREN MADELYN BERNAL MENDIVELSO** identificada con cedula de ciudadanía **No. 1.018.421.969** ha suscrito con la entidad los siguientes contratos de prestación de servicios en su condición de contratista en el desarrollo de actividades contractuales y dentro del marco legal previsto por la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, los cuales se describen así:

- **CONTRATOS SUSCRITOS EN EL AÑO 2020**

CONTRATO No.	No. 245-2020
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DENTRO DE LA ESTRATEGIA CUADRANTES SALUDABLES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SOACHA DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 157 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA -SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($7.250.000)
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	CINCO (5) MESES
ADICIÓN NO. 1	UN MILLÓN CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.450.000)
PRÓRROGA No. 1	UN (1) MES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$8.700.000
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO:	DOS (2) DE MARZO DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE AGOSTO DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

CONTRATO No.	No. 563-2020
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA, EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 994 DE 2020 CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA -SECRETARIA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR DEL CONTRATO:	UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($1.680.000)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	VEINTISIETE (27) DÍAS CALENDARIO.
FECHA DE INICIO:	CUATRO (4) DE SEPTIEMBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE SEPTIEMBRE DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

E.S.E. Municipal de Soacha
Julio César Peñaloza

CONTRATO No.	No. 789-2020
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA, EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. 994 DE 2020 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA -SECRETARIA DE SALUD Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	CINCO MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($5.040.000)
ADICIÓN No. 1	NOVECIENTOS TRECE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS ($913.044)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CINCO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS ($5.953.044)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS CALENDARIO
FECHA DE INICIO:	TRECE (13) DE OCTUBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACIÓN:	TREINTA (30) DE DICIEMBRE DE 2020
ESTADO:	TERMINADO

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en el Municipio de Soacha –Cundinamarca, el día primero (1°) de marzo de 2021.

ANGELICA CASTAÑO CASTILLO
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PENALOZA

Proyectó: Angela Rodriguez Urrego – Abogada- Oficina Jurídica

Millenium BPO S.A.
Nit 830.050.856-2
Carrera 16 N° 100-20 piso 3
Teléfono: 6500800. Fax: 6500816
Bogotá, D.C. Colombia.

LA SUSCRITA GERENTE DE GESTION HUMANA
MILLENIUM B.P.O S.A.
NIT. 830.050.856-2

CERTIFICA:

Que el (a) Señor(a) **BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1018421969** laboro para nuestra compañía desde el 02 de mayo de 2018 al 15 de noviembre de 2018 con contrato a término **Obra o Labor** desempeñándose en el cargo de **AGENTE JUNIOR** para la campaña **COLPATRIA.**

La presente certificación se expide a solicitud del(a) interesado(a) en la ciudad de Bogotá D.C. A los 16 de enero de 2019.

LORENA DAZA ARAGON
Gerente de Gestión Humana
ldaza@millenium.com.co

GM Colmotores

General Motors Colmotores S.A
Nit 860 002 304-3
Av. Boyacá Calle 56 A N° 36ª - 09
Bogotá – Colombia
PBX (57)(1) 7400111 Ext 45365

Bogotá D.C., 9 de Enero de 2019

Señores
A QUIEN INTERESE
Ciudad

A solicitud del señor(a) **BERNAL MENDIVELSO KAREN MADELYN** Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1,018,421,969** suministramos a ustedes la siguiente información:

Fecha de ingreso:	4 de Julio de 2017
Fecha de retiro:	3 de Enero de 2018
Último cargo:	APRENDIZ UNIV.FASE PRACTICA
poyo sostenimiento mensual:	$781,242

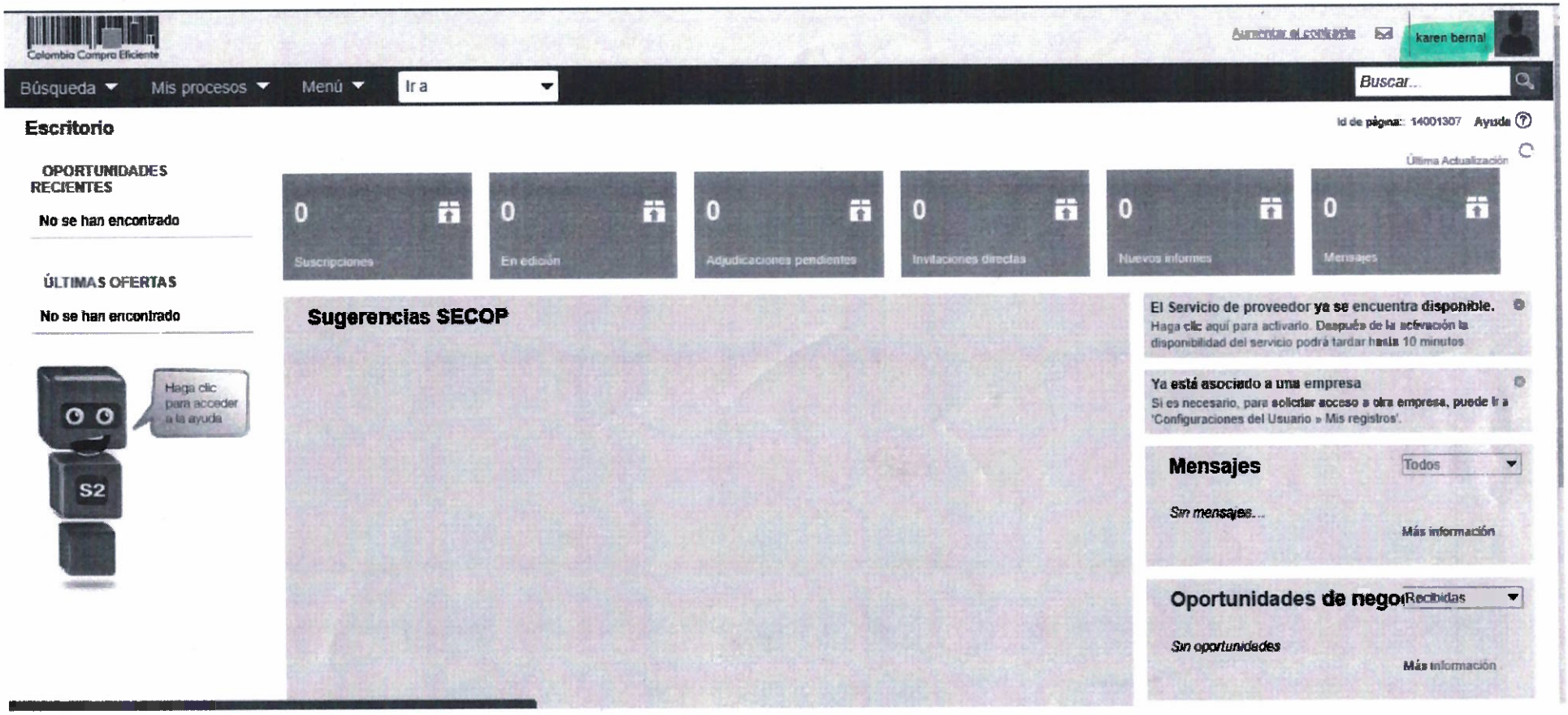
El aprendiz estuvo vinculado en la compañía mediante contrato de aprendizaje de conformidad con la ley 789/02 y el D.R 933/03.

Con gusto confirmaremos la presente información.

Cordialmente,

SANDRA TRIVIÑO ALDANA
Líder GBS

Consecutivo: **1-2699626621**


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
karen bernal
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página: 14001307
Ayuda
Última Actualización
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportunidades de negoc
Recibidas
Sin oportunidades
Más información