Soacha, 31 de agosto 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: CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

Cargo MEDICO URGENCIAS

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,

Camilo Jose Mendoza Jimenez CC 91508482

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ
Nombre del Contratista
CC: 91508482
Dirección: CL 86 A N 69 T 41
Email: JON8205@GMAIL.COM
Teléfono/ Celular: 3123797214

HOJA DE VIDA



Profesional Colombiano, Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, con experiencia de más de 9 años en diferentes áreas urgencias, hospitalaria y consulta externa, Con gran sensibilidad en la relación médico - paciente y habilidades para trabajar en equipo.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

DOCUMENTO: CC 91508482 DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

FECHA DE NACIMIENTO: 8 DE MAYO DE 1982

LUGAR DE NACIMIENTO: BARRANCABERMEJA (SANTANDER) COLOMBIA

ESTADO CIVIL: SOLTERO

DIRECCION: CALLE 86 A NUMERO 69T-41 TORRE 5 APTO 102 CONJUNTO TORRES DEL SOL BOGOTA.

TELEFONO: 3123797214

CORREO ELECTRONICO: JON8205@GMAIL.COM

ESTUDIOS

- *ESTUDIOS PRIMARIOS: ESCUELA CONCENTRACION GENERAL CORDOBA*

  BARRANCABERMEJA

  AÑOS 1988-1991

- *ESTUDIOS SECUNDARIOS: INSTITUTO TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL*

  BARRANCABERMEJA COLOMBIA

  AÑOS 1993 – 1998

- *UNIVERSITARIOS: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA*

  BOGOTA COLOMBIA AÑOS 2000-2007

- *IDIOMAS EXTRANJEROS:*

  INGLES: HABLADO

BUENO Y ESCRITO BUENO

ALEMAN: HABLADO BUENO Y ESCRITO BUENO

TALLERES Y CURSOS

- *CURSO ACLS BLS 48 HORAS ABRIL DEL 2022*
- *CURSO ATENCION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL ABRIL 2022*
- *AIEPI 2021*
- *PALS 72 HORAS FUNDACION SALAMANDRA JUNIO 2009*
- *AMLS 72 HORAS FUNDACION SALAMANDRA JUNIO 2010*
- *ATENCION DEL TRAUMA EN URGENCIAS FUNDACION SALAMADRA*
- *MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CRITICO 72 HORAS*
- *XII CONGRESO DE AEXMUN ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y BIOLOGIA MOLECULAR*

EXPERIENCIA LABORAL

- *HOSPITAL VISTA HERMOSA BOGOTA COLOMBIA*
  CARGO: MEDICO DE URGENCIAS
  ATENCION A MATERNAS, PACIENTES PEDIATRICOS, PACIENTE DE LA TERCERA EDAD Y COORDINAR EL SERVICO.
  JEFE INMEDIATO: DOCTORA JANETH PAVA
  INICIO 2008 Y FINALIZACION 2009. MOTIVO DE RENUNCIA FUE MEJOR OFERTA LABORAL
- *IPS SALUCOOP REGIONAL CUNDINAMARCA BOGOTA*

CARGO: MEDICO DE URGENCIAS
FUNCIONES: ATENCION DE PACIENTES TRIAGE UNO Y DOS PEDIATRICOS, MATERNAS Y PACIENTES DE EDAD AVANZADA.
TELEFONO + 573006550553
AÑOS: 2009-2013, MOTIVO DE RENUNCIA FUE POR VIAJE.

- *IPS SALUDCOOP CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS 4 NIVEL DE COMPLEJIDAD*
  CARGO: MEDICO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION, REANIMACION
  FUNCIONES: ATENCION DE PACIENTES TRIAGE UNO Y DOS ADULTOS
  TELEFONO 573006550553
- *CLINICA DE OCCIDENTE BOGOTA IV NIVEL DE COMPLEJIDAD*
  CARGO: MEDICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS, REANIMACION Y OBSERVACION
  FUNCIONES: ANTENCION DE PACIENTES TRIAGE UNO Y DOS
  TELEFONO: 3107861685 MARISOL REVELO
- *IPS ASISTIR SALUD:*

  ATENCION DE PACIENTE CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA PARA LA EPS COMPENSAR
  TELEFONO 3102159776

- *IPS A Y G NIZA BOGOTA*
  ATENCION DE PACIENTE CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA PARA LA EPS SURA
  JEFE INMEDIATO
  DRA CANDELARIA FUERTES
  CEL 3007576600
- *ESIMED S.A CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS 4 NIVEL DE COMPLEJIDAD*
  CARGO: MEDICO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION, REANIMACION
  FUNCIONES: ATENCION DE PACIENTES TRIAGE UNO Y DOS ADULTO
- *UNIDAD MEDICA SANTA FE S.A.S*
  CARGO: MEDICO CONSULTA EXTERNA ATENDIENDO PLAN COMPLEMENTARIO COMPENSAR, DESDEEL 18 DE ABRIL DEL 2018 A 15 DE OCTUBRE DEL 2019
  TEL:7443388 EXT 202.

- *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE BOGOTA*
  CARGO MEDICO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CHAPINERO
  FUNCIONES: TRIAGE, MEDICO DE URGENCIAS Y ATENCION DE LA POBLACION PEDIATRICA, ADULTOS, MATERNAS, 3 EDAD.
  CELULAR: 3166955215 DRA ALEJANDRA GIRALDO.
- *A Y G SERVICIOS DE SALUD SEDE NIZA*
  ATENCION DE PACIENTES PARA EPS SURA BAJO EL MODELO MEDICINA FAMILIAR
  DRA CRISTINA VELEZ CORDINADORA CEL 3008162157

OCTUBRE 2020 A ABRIL 2021

- *MEIDE S.A.S BOGOTAD.C*
  DESDE 3 DE ENERO 2022 AL 25 DE MAYO 2022
  DRA. ANGELA MARIA ALVAREZ
  DRA. PATRICIA MARROQUIN
  CEL. 3214300603
  CEL 3112061546
  ATENCION DE PACIENTES SEGUN NORMATIVIDAD 3280 DEL 2018 , REALIZANDO RUTAS DE ATENCION , ADEMAS REALIZANDO CONTROLES PRENATALES Y ATENCION DE PACIENTES CRONICOS

REFERENCIAS FAMILIARES

- *MILLER MENDOZA JIMENEZ*
  CARGO ACTUAL: PROFESOR DEL INSTITUTO ETH DE ZURICH EN SUIZA.
  TELEFONO: 0044441793803540
- *JOSE MARIA MENDOZA NARVAEZ*
  CARGO ACTUAL: COORDINADOR DE DISCIPLINA DEL COLEGIO CAMILO TORRES RESTREPO DE LA CIUDAD DE BARRANCABERMEJA
  TELEFONO: 3124329911
  PROFESION: LICENCIADO EN BIOLOGIA Y QUIMICA

REFERENCIAS PERSONALES

- *ALEJANDRO GARCIA*
  PROFESION: MEDICO
  EMPRESA: HOSPITAL DE KENEDDY A CARGO DE LAS AMBULANCIAS EN LA CIUDAD DE BOGOTA
  TELEFONO: 3005626607
- *CARMEN ROSA RONDON*
  PROFESION: MEDICO
  EMPRESA A Y G NIZA
  CELULAR 3143462860

REFERENCIAS LABORALES

- *DR DANIEL CRUZ*
  CORDINADOR URGENCIAS CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS IV NIVEL
  CEL 3174327977
- *DR JAIRO FORTICH*
  MEDICO RESIDENTE MEDICINA INTERNA UNIVERDAD METROPOLITANA BARRANQUILLA
  CEL 3113554937
- *DRA CANDELARIA FUERTES*
  CORDINADORA MEDICA IPS A Y G NIZA

CEL 3007576600

- *DRA DIANA ROJAS*
  CORDINADORA UNIDAD MEDICA SANTAFE DE LA SEDE CALLE 95
  CEL 3022520760

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

CC 91508482 DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA SANTANDER COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 91508482

MENDOZA JIMENEZ
APELLIDOS

CAMILO JOSE
NOMBRES

Camilo José Mendoza Jimenez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1982
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

10-MAY-2000 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2700100-59082591-M-0091508482-20000809 15773 00217A 02 094400692


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
82050802309
MENDOZ MENEZ
CAMILO JOSE
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA
2A. LINEA
3A. LINEA
31-DIC
DIC.
DIC.
ACHILLER


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes actos
- Tomar posesion de los empleos publicos o privados
- Ingresar a la carrera administrativa
- Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehiculos
- Registrar titulo como profesional y ejercer la profesion
- Firmar contratos con cualquier entidad publica o privada
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilizacion debe efectuar presentacion inmediata en el cuerpo de tropa mas cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones
COMANDANTE ZONA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 204056605

WEB
08:18:41

Bogotá DC, 31 de agosto 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) CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91508482:

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 miércoles 31 de agosto de 2022, a las 08:19:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	91508482
Código de Verificación	91508482220831081948

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

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:22:20 AM horas del 31/08/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **91508482**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA JIMENEZ CAMILO JOSE**

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.arai:c-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, 31/08/2022 09:25:41 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo** Nº. **91508482**

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. **40696592** . 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



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C9150848200087500

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ**, identificado(a) con C.C. No. 91508482 y T.P. o R.M. No. 91508482 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 31 agosto 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 7440583-6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14834957266

(415)7707212489984(8020) 000001483495726 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 9 1 5 0 8 4 8 2 | 6. DV: 1 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico

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 1 3	91508482	2000 05 10

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	JIMENEZ	CAMILO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 86 A 69 T 41 TO 5 AP 102

42. Correo electrónico: jon8205@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 1 6 6 2 1 2	3 1 2 3 7 9 7 2 1 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica: Actividad principal 48. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimiento
8 6 2 1	2 0 0 7 1 2 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2022 - 06 - 24 / 15 : 56: 15

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

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

984. Nombre: MENDOZA JIMENEZ CAMILO JOSE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 24-06-2022 03:56:52PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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:	2022-08-31	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 PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL: [ ]

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MENDOZA	JIMENEZ	CAMILO	JOSE

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C [X] C.E. [ ] R.C [ ] NUIP [ ]	91508482	BUCARAMANGA SANTANDER	2000-05-10
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1982-05-08	BARRANCABERMEJA SANTANDER	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [X] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	N/A	N/A	3123797214

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 86 A N 69T 41	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	6755943

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
jon8205@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

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C [ ] C.E. [ ] R.C [ ] NUIP [ ]			
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA. SI [ ] [ ]	NACIONALIDAD:

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					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI [X]	IVA	SI [ ]	NO [X]		8621
	NO [ ]	ICA	SI [ ]	NO [X]		PRINCIPAL: [X] 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 [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X]	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 N 9 97	6017309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

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

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
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
RONDON	DUARTE	CARMEN	ROSA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 86 A N 69T 41	BOGOTA D.C	AMIGOS	6755943

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	205101397	QUINTA CAMACHO	

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 declaración 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.):

MEDICO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte 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) Contrate (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto 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
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

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 últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador 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 últimos 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 Único 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 según 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos 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 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 Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 accederé 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) Envió 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 pa.a 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 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 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 biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del 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 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 jurídica 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

Cambio por Mendoza Jimenca

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **91508482** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91508482
NOMBRES Y APELLIDOS	CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	14
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	14

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/08/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **91.508.482**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** desde el 01 de julio de 2021.

La presente certificación se expide el 16 de agosto de 2022.

Cordialmente,

Gerente 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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Mendoza	Jimenez	Camilo Jose

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 91508482

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 82050802309 D.M. 34

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 08 MES 05 AÑO 1982

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SANTANDER

MUNICIPIO: BARRANCABERMEJA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 86 A 69 T 41 torre 5 apto 102 apartamento pontevedRA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

TELÉFONO: 6755943 EMAIL: jon8205@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN 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	12	X		MEDICINA	12	2007	6810456

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
ALEMÁN			X			X			X
INGLÉS			X			X			X

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: MEIDE S.A.S			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 3253786589	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	01	Año	2022	Día	25	Mes	05	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICO GENRAL DE URGENCIAS	DEPENDENCIA: AREA DE MEDICINA						DIRECCIÓN: CALLE 63 - 13 45					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESE. SUBRED NORTE			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 4431790	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	21	Mes	08	Año	2019	Día	15	Mes	03	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: URGENCIAS						DIRECCIÓN: calle 66 n 1541					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS(ESIMED)			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 7957155	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	08	Año	2016	Día	05	Mes	08	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICO	DEPENDENCIA: URGENCIAS						DIRECCIÓN: AUTOPISTA NORTE N 93-95					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CORPORACION IPS SALUDCOOP			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTA	MUNICIPIO: BOGOTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	09	Año	2009	Día	05	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL: MEDICO	DEPENDENCIA: URGENCIAS						DIRECCIÓN: AUTOPISTA NORTE CN CALLE 94					

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					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	6	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	1

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 31/08/2022

Camilo José Mendoza Jimenez C.C. 1030...

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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, Camilo Jose Mendoza Jimenez

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 91508482 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTA MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN: CALLE 86 A 69 T 41 torre 5 apto 102 apartamento pontevedRA TELÉFONO: 3123797214 6755943

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE MARIA MENDOZA NARVAEZ	6756549	PADRE

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** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **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	$1.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$1.000.000

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
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	205101397	QUINTA CAMACHO	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
FINANZAUTO	48000000	48.000.000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

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	
Carlos Mauricio Gomez (C) 1020	Bogota D.C 31/08/22
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	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, 31 de agosto de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía número 91508482 de Bucaramanga, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: MEDICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS, 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,

Camilo Jose Mendoza Jimenez

C.C. 91508482

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, 31 de AGOSTO de 2022

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

Yo CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ_____, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 91508482____ de BUCARAMANGA_____, 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,

Camilo Jose Mendoza Jimenez CC91508482
CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ
C.C. No. 91508482_____de BUCARAMANGA_

	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

Nº Documento: 91508482

Fecha de Nacimiento: 8 DE MAYO 1982

Dirección: CL 86ª N 69T 41

Teléfono. Fijo – Celular: 3123797214

E-mail: JON8205@GMAIL.COM

EPS: SURA

AFP: PORVENIR

Firma Contratista: Camilo Jose Mendoza Jimenez CC 91508648

.....

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.

Medellín, 13 de septiembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 91508482 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/09/2022 **Fecha fin cobertura:** 31/10/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/09/2022 8:13 AM

Dirección IP: 190.25.235.60, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Soacha 31 de agosto de 2022

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ_____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:

MEDICO CIRUJANO

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Camilo Jose Mendoza Jimenez C.C 91508482

N° Documento 91508482_____

Tarjeta Profesional N°10456 2008_____

Dirección de contacto CL 86 A N 69T 41 _____

Teléfono 3123797214_____

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

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás 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 cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin 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.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	

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

Yo, CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ_____, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 91508482_____, expedida en_____BUCARAMANGA , 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

Para constancia se firma en Soacha, a los 31 DE AGOSTO 2022_____

Carlos Mateo Jimenez CC 1015[illegible]

Firma y huella

3123797214

Celular No.

JON8205@GMAIL.COM

Correo institucional

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CONVENIO SCARE

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	ANEXO DE RENOVACION	62-03-101033999	5

TOMADOR **SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE** NIT **860.020.082-1**

DIRECCION **CR 15 A NRO. 120 - 74** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT** TELEFONO **6196077**

ASEGURADO **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** CC **91.508.482**

DIRECCION **CL 86 A NRO. 69 T - 41 TR 5 APT 102** CIUDAD **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELEFONO **6755943**

BENEFICIARIO **TERCEROS AFECTADOS** NIT **0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
01 / 07 / 2022	18 / 07 / 2022	18 / 07 / 2023	18 / 07 / 2022	18 / 07 / 2023

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
AGENCIA FEPASDE SEGUROS LTDA.	72960	100.00

COASEGURO CEDIDO

COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 1,400,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	$ 1,400,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 400,000,000.00 $ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****1,400,000,000.00	PRIMA:	$ **********334,469.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********63,549.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********398,018.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P. 06.0000000E.RC.001A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)1102110237137 8(3900)000000398018(96)20230718

REFERENCIA PAGO: 1102110237137-8

62-03-101033999

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11A No. 93A-03 Bogotá D.C. Teléfono 3136377

DLG72960B

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	11-03-2021	PFIZER	EN1195 CG-21	CSS SIMON BOLIVAR	YISETH CASARES	CC. 3330918.
	2	01-04-21	Pfizer	ER 1742	Simon Bolivar	Maria Cabrera	39791522
		29 NOV 2021	Moderna	4410875	A & G Atención y Prevención	JENNY EMILCE DIAZ B C.C. 35.423.561 AUX. DE ENFERMERIA	

Certificado de Vacunación

Institucion:

Nombre: Camilo Mendoza

Identificacion: 9158482 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza	1	07 ENE 2021	USC220	A&G NIT VACUNACIÓN

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Camilo Jose

Apellidos: Mendoza Jimenez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual

No 91508482

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 05 Año 1982

Este carné es valido 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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Camilo Jose

Apellidos: Mendoza Jimenez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 91508482

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 05 Año 1982

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: CAMILO JOSE.

Apellidos: MENDOZA JIMENEZ

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte PEP otro cual

No: 91508482

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 05 Año 1982

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	4/9/21	Pfizer	FC4536	CS Cadiz		
	2						

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetanico - Diferico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular				
VPH				

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B				
Antirrabica				
Influenza estacional		30 AGO 2022		
Otros				

A&G Niza
VACUNACIÓ

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DÍA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICIÓN	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICIÓN	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

Fecha de Rutina

1ª Dosis

2ª Dosis



Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.
Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

158799

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Carlos Mendoza

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELÉFONO CO 915033482

V-004

	VACUNAS	FECHA	FIRMA
(MENACWA) MENINGOCOCO A) C Y W135	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampion		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampion		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

	VACUNAS	FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA			
FIEBRE TIFOIDEA			
	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
	1ª		
	Refuerzo		
	1ª		
	2ª		
	1ª		
	2ª		
	1ª		
	2ª		
	3ª		

FECHA DE EXAMEN 31/05/2022 8.16 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y RIESGO A COVID-19



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE	**Nit:**	800025199 - 7
Dirección:	Calle 77 a No. 12-35	**e-mail:**	medishi@medishi.com
Teléfonos:	(57-1) 443 23 20	**Sede:**	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CAMILO JOSE			**Apellidos**	MENDOZA JIMENEZ				
Identificación	CC	91508482	**Edad**	40 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**	B +	
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BARRANCABERMEJA			**Fecha de nacimiento**	08/05/1982			
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional	**Teléfonos**	3123797214				
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Dirección**	CALLE 86 A No. 69 T 41	**Estrato**	4		
EPS	SURA E.P.S.								
ARL	NINGUNA		**Fondo de Pensiones**	NO REFIERE					

DATOS EMPRESA

EMPRESA	BIENESTAR IPS		
CARGO	MEDICO		
FECHA DE INGRESO	31/05/2022	**JORNADA DE TRABAJO**	ROTATIVA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa

Nombre: Empresa contratante / Empresa en misión		**Tipo Actividad Empresa: contratante / en misión**						
INDEPENDIENTE /		NO REFIERE						
Cargo	MEDICO GENERAL	Horario	Diurno	N	Nocturno	N	Rotativo	
Antigüedad: en el Cargo / en la empresa / en el oficio		6 MESES / /						
Observaciones								

Exposición a Factores de riesgo Laborales

Tipo	Riesgo	Cargo	Expuesto	Protección
RIESGOS BIOLOGICOS	BIOLOGICO	MEDICO GENERAL		
RIESGOS DE SEGURIDAD	ALMACENAMIENTO	MEDICO GENERAL		
RIESGOS ERGONOMICOS	POSTURA INADECUADA	MEDICO GENERAL		
RIESGOS ERGONOMICOS	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MEDICO GENERAL		
RIESGOS FISICOS	ILUMINACION	MEDICO GENERAL		
RIESGOS FISICOS	RADIACION NO IONIZANTE	MEDICO GENERAL		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA ORGANIZACION	MEDICO GENERAL		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA TAREA	MEDICO GENERAL		

Accidentes de trabajo sufridos en la Empresa NO TIENE

Enfermedades de origen profesional diagnosticadas en la Empresa NO TIENE

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

Reubicación Laboral en la Empresa NO TIENE

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre	Concepto	Observaciones
ENFERMEDAD CONGENITA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	SI	ABUELA
DIABETES	NO REFIERE	
OTROS	ABUELA GLAUCOMA NIEGA RESTO DE ANTECEDENTES.	

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PATOLOGICOS	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CARDIO VASCULAR	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
DIABETES MELLITUS	NO REFIERE	
HIPOGLICEMIA	NO REFIERE	
VERTIGOS – MAREOS	NO REFIERE	
ENFERMEDAD DE MENIERE	NO REFIERE	
ANEMIAS	NO REFIERE	
CONVULSIONES	NO REFIERE	
OTROS (CUALES):	NO REFIERE	
EPILEPSIA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD MENTAL	NO REFIERE	
TRAUMA ACUSTICO	NO REFIERE	
HIPOACUSIA	NO REFIERE	
SORDERA	NO REFIERE	
EFECTOS DE REFRACCION QUE NO CORRIGE	NO REFIERE	
TUBERCULOSIS	NO REFIERE	
ARTRITIS	NO REFIERE	
LUMBALGIAS	NO REFIERE	
ALERGIAS	NO REFIERE	
RINITIS	NO REFIERE	
OTITIS	NO REFIERE	
SINUSITIS	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
DERMATITIS	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
VARICES	NO REFIERE	
ULCERA PEPTICA – GASTRITIS	NO REFIERE	
FOBIA A LAS ALTURAS	NO REFIERE	
HIPOTIROIDISMO	NO REFIERE	

OTROS

Nombre	Concepto	Observaciones
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	
QUIRURGICOS	SI	CIRUGIA REFRACTIVA BIL HACE 13 AÑOS,
HOSPITALARIOS	NO REFIERE	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

TRAUMATICOS	NO REFIERE	
TOXICOS	NO REFIERE	
ALERGICOS	NO REFIERE	NIEGA
FARMACOLOGICOS	NO REFIERE	
OTROS		
OBSERVACIONES	NIEGA RESTO DE ANTECEDENTES.	

INMUNIZACIONES

VACUNAS

Nombre	Concepto	Observaciones
FIEBRE AMARILLA	DOSIS UNICA	
HEPATITIS A	2da Dosis	
HEPATITIS B	Refuerzo	
TETANO	3ra Dosis	
OTROS	INFLUENZA EN EL 2019	

HABITOS

TOXICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
FUMA	NO	NIEGA
EXFUMADOR	NO	
ALCOHOL	NO	NIEGA
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO	NIEGA

¿PRACTICA ACTIVIDAD FISICA?

Nombre	Concepto	Observaciones
¿PRACTICA DEPORTE? / ¿CUAL?	SI	GIMNASIO
FRECUENCIA		MENSUAL
LESIONES DEPORTIVAS	NO	

REVISION POR SISTEMAS

SENTIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
ALTERACION DE LA VISION	NIEGA	NIEGA
ALTERACION DE LA AUDICON	NIEGA	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
CEFALEA	NIEGA	
ALTERACION DE LA MEMORIA	NIEGA	
ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD	NIEGA	
ALTERACIONES MOTORAS	NIEGA	
ALTERACIONES DEL SUEÑO	NIEGA	
VERTIGO	NIEGA	
TINITUS	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

CARDIOVASCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR PRECORDIAL	NIEGA	
LIPOTIMIA	NIEGA	
SINCOPE	NIEGA	
PALPITACIONES	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
VARICES	NIEGA	

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

DISURIA	NIEGA	
HEMATURIA	NIEGA	
NICTURIA	NIEGA	
POLIAQUIURIA	NIEGA	
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	NO APLICA	

DIGESTIVO

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ABDOMEN	NIEGA	
EPIGASTRALGIA	NIEGA	
DISPEPSIA	NIEGA	
ESTREÑIMIENTO	NIEGA	
DIARREA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

DERMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DESCAMACION	NIEGA	
ERITEMA	NIEGA	
HIPERHIDROSIS	NIEGA	
PRURITO	NIEGA	
RESEQUEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

OTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ARTICULAR O LIMITACION	NIEGA	
ALTERACION MARCHA	NIEGA	
CERVICALGIA	NIEGA	
LUMBALGIA	NIEGA	
DORSALGIA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

HEMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
SANGRADO	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

RESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
TOS FRECUENTE	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

PSIQUIATRICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DEPRESION	NIEGA	
ANSIEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

ENFERMEDAD ACTUAL

Nombre	Concepto
ENFERMEDAD ACTUAL	EXAMEN DE INGRESO, ASINTOMÁTICO ACTUALMENTE

ESTADO GENERAL

PRESION ARTERIAL	130/70	FRECUENCIA CARDIACA	70	RITMICO	SI
TALLA	184	PESO	93	INDICE MASA	27.47
CLASIFICACION	Pre-Obesidad	FRECUENCIA	20	PULSO	70
PERIMETRO ABDOMINAL	SAT O2 AL 21%:	COMPLEXION	ENDOMORFO	TEMPERATURA	36.9°C CON

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

EXAMEN FISICO

DOMINANCIA

Nombre	Concepto	Observaciones
DOMINANCIA	DIESTRO	

CABEZA

Nombre	Concepto	Observaciones
ASPECTO GENERAL	NORMAL	
PIEL Y FANERAS	NORMAL	
CABEZA	NORMAL	
CARA	NORMAL	

OJOS

Nombre	Concepto	Observaciones
GLOBO OCULAR	NORMAL	
PARPADOS	NORMAL	
CONJUNTIVAS	NORMAL	
ESCLEROTICAS	NORMAL	
PUPILAS	NORMAL	
CORNEAS	NORMAL	
FONDO DE OJO	NO EXPLORADO	
TAMIZAJE	NORMAL	VL AO 20/20 SC

OIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PABELLON	NORMAL	
OTOSCOPIA	NORMAL	BIL NORMAL

NARIZ

Nombre	Concepto	Observaciones
TABIQUE	NORMAL	
MUCOSAS	NORMAL	
CORNETES	NORMAL	
SENOS PARANASALES	NORMAL	

BOCA / FARINGE

Nombre	Concepto	Observaciones
LABIOS	NORMAL	
LENGUA	NORMAL	
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	NORMAL	
PALADAR	NORMAL	
DENTADURA	NORMAL	
OTROS	NORMAL	

CUELLO

Nombre	Concepto	Observaciones
CUELLO TIROIDES	NORMAL	

TORAX

Nombre	Concepto	Observaciones
TORAX	NORMAL	

CARDIORESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
PULMONES	NORMAL	
CORAZON	NORMAL	

GASTROINTESTINAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ABDOMEN	NORMAL	
HERNIAS	NO TIENE	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones
GENITALES EXTERNOS	NO EXPLORADO	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
PARES CRANEANOS	NORMAL	
SENSIBILIDAD	NORMAL	
REFLEJOS	NORMAL	
ROMBERG	NEGATIVO	
MARCHA EN LINEA	NEGATIVO	
ESFERA MENTAL	NORMAL	

VASCULAR PERIFERICO

Nombre	Concepto	Observaciones
VARICES (GRADO)	NO TIENE	

OSTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	
TINEL DERECHO	NEGATIVO	
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO	
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO	
COZEN DERECHO	NEGATIVO	
COZEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
YEGARSON DERECHO	NEGATIVO	
YEGARSON IZQUIERDO	NEGATIVO	
YOCUM DERECHO	NEGATIVO	
YOCUM IZQUIERDO	NEGATIVO	
NEER DERECHO	NEGATIVO	
NEER IZQUIERDO	NEGATIVO	

EXAMEN FISICO - EXAMEN DE COLUMNA

INSPECCION

Nombre	Concepto	Observaciones
INSPECCION	NORMAL	
SIMETRIA (PA)	NORMAL	
CURVATURA (LAT)	NORMAL	

PALPACION

Nombre	Concepto	Observaciones
PALPACION	NORMAL	
DOLOR		
ESPASMO		

MOVILIDAD

Nombre	Concepto	Observaciones
MOVILIDAD	NORMAL	
FLEXION	NORMAL	
EXTENSION	NORMAL	
FLEXION LATERAL	NORMAL	
ROTACION	NORMAL	

MARCHA

Nombre	Concepto	Observaciones
MARCHA	NORMAL	
POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

PUNTAS	NORMAL	
TALONES	NORMAL	

SIGNO

Nombre	Concepto	Observaciones
LASSEGUE	NEGATIVO	
PATRICK	NEGATIVO	

EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre	Concepto
INTERPRETACION MEDICO	

EXAMENES AUXILIARES

Nombre	Concepto
AUDIOMETRIA	
OPTOMETRIA	
VISIOMETRIA	
ESPIROMETRIA	
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	
PRUEBA PSICOLOGICA	
ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z100 Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	R635: Aumento anormal de peso
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
DIAGNOSTICO 6	

CONCEPTO

Nombre	Concepto	Observaciones
CONCEPTO OCUPACIONAL	CUMPLE CON LOS REQUISTOS PARA EL CARGO - PRESENTA HALLAZGOS QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO	
CONCEPTO PARA CONDUCTORES	NO APLICA	
OBSERVACIONES	CUESTIONARIOS DE MORBILIDAD FRENTE A COVID 19: NEGATIVOS SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE ACUERDO A PROTOCOLO DE ATENCION DE LA IPS, SOLO CON ROPA INTERIOR EL USUARIO ESTA DE ACUERDO CON EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto
RECOMENDACIONES GENERALES	RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA 1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO 2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL 3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA 4. MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL MEDICO 5. CUMPLIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD 6. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO A LOS

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA
7. PROMOCION PERMANENTE DE MEDIDAS DE LIMPIEZA, ASEO Y PREVENCION DE CONTAGIO FRENTE A COVID 19
8. PROMCION DE HABITOS Y CONSEJOS PARA LA SALUD MENTAL, DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA
9. SE REALIZA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN RIESGO COVID, SIN NINGUNA NOVEDAD

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO
1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
3. INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER SINTOMA, COMO FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA O ASOCIADOS AL COVID 19
4. SEGUIR LAS INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES DADAS POR TODAS LAS AUTORIDADES INCUYENDO PERSONAL SANITARIO, CON RESPECTO A LA PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, COMO ES EL CASO DE LA INFECCION O TRANSMISION DEL COVID-19, ENTRE OTRAS.
5. SE SUGIERE COMPLETAR REFUERZO DE VACUNACION CONTRA EL COVID-19
6. VALORACION POR NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO. DIETA HIPOGLUCIDA E HIPOGRASA.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Nombre	Concepto	Observaciones
USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS	NO	
HIGIENE POSTURAL	SI	
PAUSAS ACTIVAS	SI	
EJERCICIO HABITUAL	NO	
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	
MANEJO DE ESTRES	NO	
DIETA BALANCEADA	SI	
USO DE CORRECCION OPTICA	NO	
EJERCICIO CIRCULATORIO	NO	

INGRESO A SVE

Nombre	Concepto	Observaciones
SVE (ERGONOMICO)	NO	
SVE (RUIDO)	NO	
SVE (BIOLOGICO)	NO	
SVE (RADIACION IONIZANTES)	NO	
SVE (PSICOLABORAL)	NO	
SVE (CARDIOVASCULAR-METABOLICO)	NO	
SVE (VISUAL)	NO	
SVE (RESPIRATORIO)	NO	

La República de Colombia
y en su nombre

Instituto Técnico Superior Industrial

Sección Diurna - Barrancabermeja

Aprobado por la Gobernación de Santander, según Resolución No. 7116 de Noviembre 16 de 1989

Confiere a:

Camilo José Mendoza Jiménez

TI 820508-02309 Barrancabermeja

El Título de

Bachiller Técnico Industrial

Especialidad Metalistería

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

Rector

Gentil Silva González C.C. 5 943 515

Coordinador Académico

Jorge Parada Anza - C.C. 2 057 203

Coordinador Técnico

Elías Castillo Pérez C.C. 1 963 708

Coordinador Académico

Carlos Vitoria Mejía C.C. 4 974 472

Coordinador Técnico

Carlos Díaz Cancra - C.C. 13 884 111

Este Diploma queda inscrito bajo el folio No. _____ del Libro de Registro de Diplomas No. _____ el día _____ del mes _____ del año 199 _____

Secretaria

Luisa Antonia C. de Annicchiarico C.C. 28 010 195

Dado en Barrancabermeja, a _____ de _____ de 199

INSTITUTO TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL

Barrancabermeja S.

Carrera 28 # 53-08 Tel. 6224709 - 6223418

Aprobado por resolución N° 7116 de noviembre 16 de 1989 para jornada diurna y N° 20202 de diciembre 10 de 1984 para jornada nocturna; prorrogadas por la resolución N° 6072 de noviembre 16 de 1995 de la Gobernación de Santander– Registro Secretaría de Educación N° 200 y registro DANE N° 168081-00570.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Barrancabermeja, a los (16) dieciséis días del mes de diciembre de 1998, se reunieron en la Rectoría del plantel el Rector y Secretaria General, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado del INSTITUTO TECNICO SUPERIOR INDUSTRIAL, autorizado por el Ministerio de Educación Nacional hasta el grado once (11) diurno, para otorgar el título de BACHILLER TECNICO INDUSTRIAL y expedir el diploma con la respectiva especialidad.

La Comisión de Promoción después de comprobar la situación legal y académica de cada estudiante del grado onceavo que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional y confrontar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional, procedieron a autorizar se le otorgue el título de BACHILLER TECNICO INDUSTRIAL en la especialidad de **METALISTERIA**, *al graduando* **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** *identificado con la Tarjeta de Identidad N° 820508-02309 de Barrancabermeja.*

Con lo anterior se da cumplimiento a lo estipulado en la Ley General de la Educación N° 115 de febrero de 1994 y su decreto reglamentario N° 1860 de agosto de 1994.

Es fiel copia tomada del libro general de actas de grado del plantel N° 031 de diciembre 16 de 1998.

Firmada y sellada en cumplimiento a lo ordenado, por Lic. GENTIL SILVA GONZALEZ en calidad de Rector y LUISA ANTONIA C. DE ANNICCHIARICO en calidad de Secretaria General.

Dada en Barrancabermeja, a los 16 días del mes de diciembre de 1998.

EL NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO
C. E. [illegible]
Que el presente documento es fiel copia de su original que el suscrito ha tenido a la vista
Barrancabermeja
24 AGO 2009
NOTARIA [illegible]
Notaria Primero de Barrancabermeja

Lic. GENTIL SILVA GONZALEZ
C.C. 5.943.513 del Líbano Tol.
Rector

LUISA ANTONIA C. DE ANNICCHIARICO
C.C. [illegible] de Barrancabermeja S.
Secretaria

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 285

El Consejo de Facultad en su sesión del día 6 de Diciembre de 2007 Acta 41

CONSIDERANDO QUE

Camilo José Mendoza Jiménez

C.C. 91.508.482 de Bucaramanga

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 103812 *consignado en el Registro No.* 295 Libro 3 Folio 20

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, a 20 de Diciembre de 2007

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico Cirujano

A

Camilo José Mendoza Jiménez

C.C. 91.508.482 de Bucaramanga

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a los 20 días del mes de Diciembre de 2007.

DECANATURA DE FACULTAD

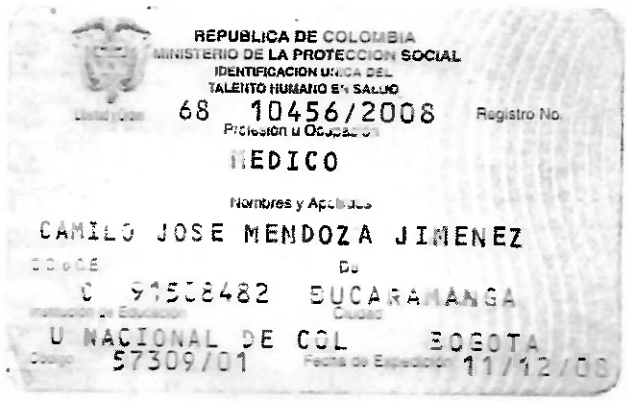
RECTORÍA

Nro. No. 10456
Fecha 08-07 2008
Folio 110 Libro 20

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 295 del Libro de Diplomas Nº 3 Folio Nº20
DE LA SEDE DE Bogotá , FACULTAD DE Medicina

0103812



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

68 10456/2008 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

CC 91508482 De BUCARAMANGA

Institución de Educación Ciudad

U NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 57309/01 Fecha de Expedición 11/12/08



FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

República de Colombia

Gobernación de Santander

[illegible]	Código DS-FG-01-S-0-0-27-06	Fecha 29-12-06	Versión 2	Pág. __ de __

RESOLUCION No. 10456

08 SEP 2008

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere el Decreto 001875 de Agosto 3 de 1994 y.

CONSIDERANDO

Que CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.91.508.482 de BUCARAMANGA . ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: MEDICO CIRUJANO .

Título que le otorgó. LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA . de 20 DE DICIEMBRE DE 2007.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BARRANCABERMEJA desde el 19 DE FEBRERO DE 2008 hasta el 18 DE AGOSTO DE 2008.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a. CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 91.508.482. de BUCARAMANGA . para ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE 08 SEP 2008

LUIS ERNESTO GARCIA VARGAS
Secretario de Salud Departamental

Proyectó: ANA VICTORIA MERCHAN CACERES
Revisó: VICTOR GUILLERMO TABORDA ACUÑA

1597

Scanned by TapScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

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

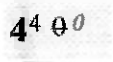
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación *: 91508482

Primer Nombre *: camilo

Primer Apellido *: mendoza

Confirme los numeros de la imagen *



Cambiar

8927

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2022-09-08 -12:50:28 PM

Tipo Identificacion	Nro. Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	91508482	CAMILO	JOSE	MENDOZA	JIMENEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 108 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se cons
MENDOZA JIMENEZ identificado(a) con CC 91508482 registra la siguiente información:

2022-09-08 12:50:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesion o Ocupacion	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2008-09-08	10456	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en pro
lo señalado por el Ministerio de Salud y Protec
puede continuar ejerciendo su profesion u oc

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 est
y segun la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.), Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

CC. 91.508.482 DE BUCARAMANGA – SANTANDER

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

ATENCIÓN A PACIENTES VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado los días 30 y 31 de Octubre de 2021, con una intensidad horaria de 20 horas.
Certificación vigente hasta el día 31 de Octubre de 2023.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN BOGOTA D.C, A LOS 31 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2021.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 88307217-1

WWW.WORLDSERVICEAC.COM
CARRERA 9 No. 12-58 B/ CHAPINERO
TELS. 317 226 6778 - 316 412 3069

POR UNA CULTURA DE VIDA SEGURA Y SANA

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

CAMILO JOSE MENDOZA

C.C.91508482

participó en el curso virtual:

ABORDAJE INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Del 1 de febrero al 11 de abril de 2022
Con una intensidad horaria de 70 horas
Bogotá

iN2mWF68nQ

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

LA EMPRESA SOSCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

Con una intencidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ

CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

GERENTE

Fecha de Emisión septiembre 9, 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

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

CERTIFICA QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,11

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: septiembre 1, 2022

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.gce.life

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ.

C.C. 91.508.482

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"

"REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 11 DE ABRIL DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

FECHA DE RENOVACION SVB –ABRIL 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ.

C.C. 91.508.482

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 11 DE ABRIL DEL 2022
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 3100/2019. LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

FECHA DE RENOVACION ABRIL 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA NACIONAL 310 7451759
GESTION NACIONAL 311 2842525

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ.
C.C. 91.508.482

su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BLS-ACLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA BASICA Y AVANZADA "48 HORAS"

Entregado en la ciudad de BOGOTA (CUNDINAMARCA).
El día 11 de ABRIL del 2022.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea. Técnicas de intubación. Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos. Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (5T y 5H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 310 745 1759 - 018000-942270

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ

CC. 91.508.482 DE BUCARAMANGA – SANTANDER

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES CON EL CURSO O TALLER DE

GESTIÓN DE DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

Realizado los días del 28 al 29 de Octubre de 2021, con una intensidad horaria de 40 horas.
Certificación vigente hasta el día 29 de Octubre de 2023.

Lo anterior se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 **Educación Informal.**

DADO EN BOGOTÁ DC, A LOS 29 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2021.

ADRIANA STELLA PARRA DOVAL
REPRESENTANTE LEGAL

DAYRA GINA PARRA DOVAL
COORDINADORA GENERAL

WORLDSERVICEAC
CENTRO DE CAPACITACIÓN
NIT. 36307217-1

GESTION
Administrativa IAC
NIT 900 216 782-3

IAC GESTIÓN ADMINISTRATIVA
OUTSOURCING DE TALENTO HUMANO PARA

CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP
NIT 830.106.376-1

CERTIFICA

*Que de acuerdo con los registros de nómina el (la) señor(a) **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 91.508.482, laboró en la empresa **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP** desde el día **17 de septiembre de 2009** hasta el día **5 de diciembre de 2013**, desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**, con contrato de trabajo a término Indefinido.*

En constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los 28 días del mes de agosto de 2014.

La información de la presente certificación debe ser confirmada en nuestra Línea de Atención Telefónica número 3171820 EXT. 351-359

LAURA PEÑA MORENO
Coordinador de Nómina
IAC Gestión Administrativa Outsourcing

A&G SERVICIOS DE SALUD S.A.S.

NIT 832.001.110 - 5

CERTIFICA

Que el Doctor, **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** con cédula No. 91.508.482 de Bucaramanga, estuvo vinculado a nuestra **IPS A&G SERVICIOS DE SALUD S.A.S.** adscrita a la EPS SURA, desde el 10 de Mayo de 2016 hasta 13 Enero de 2017, con contrato de prestación de servicios como Médico General en la ciudad de Bogotá.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá, a solicitud del interesado, a los Veintidós (22) días del mes de Mayo de 2017.

Atentamente:

ANA L. RODRIGUEZ
Coordinadora Administrativa.
cooradmonniza@avg-ips.com

Santa fé S.a.S.

LA SUSCRITA COORDINADORA DE GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que revisada la historia laboral y la documentacion que reposa en el area de Gestion Humana, se pudo constatar que el(la) señor(a) CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadania No 91508482 de Barrancabermeja, laboro en UNIDAD MEDICA SANTA FE SAS con Nit. 830.017.969-7, desde 18 de Abril al 06 de octubre de 2018, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL con un contrato TERMINO FIJO devengando la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS MLEGALES $ 2.927.702 oo

Esta constancia se expide a la solicitud de la persona interesada a los Ocho (08) dias del mes de Octubre del año 2018

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA SANTAMARIA FRANCO
Coordinadora de Gestion Humana
UNIDAD MEDICA SANTAFE SAS
cc Archivo

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nomina KACTUS, el (la) Sr (a). **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** identificado(a) con cedula de ciudadania No. **91.508.482**, laboró en esta entidad desde el día **17 de agosto de 2016** al **5 de agosto de 2018** desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL**, con contrato a termino **INDEFINIDO**.

Para constancia, se expide la presente certificacion al 17 de septiembre de 2018.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra linea 7957155 Ext 6519 - 6520

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN	CÓDIGO: U110R-FO615 FECHA: 22/06/2016 VERSIÓN: SIETE (7)

CONSECUTIVO No 960

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA

DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) **MENDOZA JIMENEZ CAMILO JOSE** como **MEDICO GENERAL** identificado (a) con C.C. Núm. **91508482** tuvo con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicio. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna desde el 16/08/2019, hasta el 16/03/2020.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los (09) dias del mes de Junio de 2020.

(La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Lidila Hemilet Cala Celis
Directora de contratación

Olga leal

calle 66 # 15-41
dircontratacion@subrednorte.gov.co
Tel.:4431790Ext.1048
Nit: 900971006-4

A & G
Servicios De Salud SAS

NIT: 832.001.110-5

VIGILADO Supersalud

A&G SERVICIOS DE SALUD S.A.S.

NIT 832.001.110 - 5

A QUIEN INTERESE

C E R T I F I C A

Que el Doctor, **CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ** con cédula No. 91508482, se encontró vinculado a nuestra IPS A&G SERVICIOS DE SALUD S.A.S. adscrita a la EPS SURA, desde el 13 de octubre del año 2020 hasta el 14 de abril del año 2021, con contrato por prestación de servicios profesionales como MEDICO GENERAL, en la sede de Niza. Con ingresos promedio mensual SIETE MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS ($7.530.661) m/cte.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá, a solicitud del interesado, a los tres(03) días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno (2021)

Cordialmente,

ROSA MARIA ARTEAGA CAUSADO
Coordinadora de Recursos Humanos
E-mail: recursoshumanos@aygserviciosdesalud.com
CC. 1.063.166.417
Teléfono: 7455901 ext. 1020

MEIDE S.A.S.
Medicina Integral de Especialidades

LA SUSCRITA COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS

MEIDE SAS

NIT 900300358 - 3

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **MENDOZA JIMENEZ CAMILO JOSE** identificado(a) con cedula de ciudadania **No 91508482** laboro en nuestra compañía desde el 03 de Enero del 2022 hasta el 25 de Mayo del 2022, mediante un contrato fijo, en el cargo de devengando un salario mensual de **SEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($6.400.000).**

Se expide en Bogotá D.C. a los veinticinco (25) días de mayo del 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

Cordialmente,

ANGELA MARIA ALVAREZ ROJAS
Coordinadora de Recursos Humanos

ELABORO (NOMBRE/FIRMA) PATRICIA SANCHEZ MARROQUIN
REVISO/APROBO NOMBRE/FIRMA) ÁNGELA MARÍA ALVAREZ ROJAS