

Bogotá D.C. 8 de marzo de 2023

Señora brigadier general  
**SANDRA PATRICIA PINZON CAMARGO**  
Directora de Sanidad Policía Nacional  
Ciudad.

Respetada señora brigadier general,

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis servicios como ENFERMERA PROFESIONAL, que serán prestados en el Área Gestión de Aseguramiento en Servicios de Salud – Dirección de Sanidad, Grupo Redes Integrales de Servicio de Salud, para tal efecto me acogeré a los honorarios acordados con la Entidad, como también soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicios – evento, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación laboral ni prestaciones sociales y se celebra por el término estrictamente indispensable.

Así mismo, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 60 de la Ley 610 del 2000.

En caso de ser atendido mi requerimiento solicito me sea informado a la dirección: Transversal 65 No. 59-21.

Para los anteriores fines, me permito manifestar que mi hoja de vida reposa en esa Entidad.

Atentamente,

Paola Mena M.

NOMBRE INGRID PAOLA MENA MENDIETA

IDENTIFICACIÓN CC. 1.012.212.294



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MENDIETA		NOMBRES INGRID PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1010212294			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 23 MES 12 AÑO 1993			TRANSVERSAL 65 - 59 21 SUR TORRES DE SAN RAFAEL		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO BOGOTÁ, D.C.			DEPTO BOGOTÁ, D.C.		
MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.		
			TELÉFONO		EMAIL paolamena9312@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2011
										X				

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)      TL (TECNOLÓGICA)      TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)      MG (MAESTRÍA O MAGISTER)      DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2016	1010212294

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	Funcion Publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	08	2022

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

### EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																										
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 5804400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
			Día		23		Mes		05		Año		2022		Día				Mes				Año			
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA A NIVEL NACIONAL					DIRECCIÓN CALLE 44 - 50 51																		
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																										
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																		
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																		
TELÉFONOS 7426585			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																	
			Día		12		Mes		06		Año		2017		Día				Mes				Año			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					DIRECCIÓN CARRERA 24C SUR - 54 47																		

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 COMPLETO

## 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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	9
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

6

#### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá 24 Marzo de 2023

Paola Mena M.

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

*[Firma manuscrita]*  
Sr. Alfonso Rodríguez Zúñiga

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

ENTIDAD RECEPTORA
DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, INGRID PAOLA MENA MENDIETA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1010212294 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ, D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.  
DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 65 - 59 21 SUR TORRES DE SAN RAFAEL TELÉFONO: 3105009280 7979355

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VIOLETTA URIZA MENA	1016752725	HIJO(A)
NOHORA NELCY MENDIETA VELANDIA	51785131	MADRE
WILLIAM HERNANDO MENA MENDIETA	1033699115	HERMANO(A)
HECTOR HERNANDO MENA AGUIRRE	86030109	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 X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	\$19.522.772
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$19.522.772

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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	008300770677	TUNAL	30.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	AUTOMOVIL	18.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	CREDITO HIPOTECARIO	70.000.000
ITAU	TARJETA DE CREDITO	3.000.000

**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 X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE: LUIS FERNANDO URIZA LONDOÑO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. X C.E. T.I. N° 1033775617

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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**

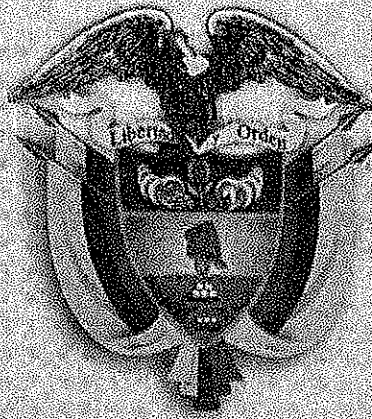
<p><u>Paola Mena M.</u> FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA</p>	<p><u>Bogota 09 Marzo de 2023</u> CIUDAD Y FECHA</p>
---	--

DAFP-OAP

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







La República de Colombia  
 y en su nombre el  
**Instituto Femenino  
 San Antonio de Padua**

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,  
 según Resolución No. 4204 del 23 de Diciembre de 1999,  
 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

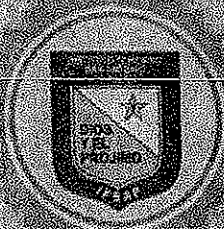
Confiere a:

**Alena Alendieta Ingrid Paola**  
 C.I. No. 93122309752 de Bogotá D.C.

El Título de:

**Bachiller Académico**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
 Educación Media Académica  
 Según los planes y programas vigentes



*[Firma]*  
 Rectora  
 HNA. MARIA DEL ROSARIO LOZANO  
 C.C. 23.967.403 de Gámeza

*[Firma]*  
 Secretaria  
 HNA. MARIA DEL CARMEN VARGAS  
 C.C. 20.331.608 de Bogotá

Libro de Registro No. 01 Acta No. 01 Folio No. 021

Dado en Bogotá D.C. a los 03 días del mes de diciembre de 2011

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decreto 621  
 del 6 de Mayo de 1994 expedido por el Ministerio de Educación Nacional,  
 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República



# Acta Individual de Grado Instituto Femenino San Antonio de Padua



Carrera 20 No. 42A-56 Sur - Teléfono 279 4016  
Bogotá D.C.

Inscripción Dane 311001016828

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Diciembre de 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del INSTITUTO FEMENINO SAN ANTONIO DE PADUA, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller Académico según Resolución No. 4204 del 23 de Diciembre de 1999 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

## Mena Mendieta Ingrid Paola

T.I. No. 93122309752 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 07 del 03 de Diciembre de 2011, que consta de 37 estudiantes: que comienza con el nombre de: Alarcón Zuleta Paola Alejandra y se cierra con el nombre de: Zambrano Agudelo Cindy Daniela.

Firmada y Sellada por:  
Hna. Gloria Lozano (Rectora) y Hna. María del Carmen Vargas (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C. a los 03 días del mes de Diciembre de 2011

Firmada y sellada por

INSTITUTO FEMENINO  
RECTORIA  
HNA. GLORIA LOZANO  
C.C. 23.586.411 de Cambaiza  
Rectora

INSTITUTO FEMENINO  
SECRETARIA  
HNA. MARIA DEL CARMEN VARGAS  
C.C. 20.331.906 de Bogotá  
Secretaria

Fundación  
Universitaria  
Santas



República de Colombia  
**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANTAS**

Personería Jurídica No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Considerando que

*Ingrid Paola Mena Mendieta*

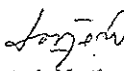
C.C. 1.010.212.294 de Bogotá D.C.


Cumplió los requisitos académicos exigidos para optar al grado universitario, le confiere el título de

*Enfermera*

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos el presente Diploma en Bogotá D.C. a los veinticinco (25) días del mes de enero del año dos mil diecisiete (2017)

  
**Mario Arturo Isaza Ruget**  
Rector

  
**Jorge Antonio Martínez Bernal**  
Decano

  
**John Steve Navarro Lara**  
Secretario General

Anotado al Folio No.00420 Libro de registro No. 10  
17BO57PRO00931





Personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

## FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ACTA DE GRADO No. 0817**  
(Folio 00420 del libro 10)

En la ciudad de Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de enero del año dos mil diecisiete (2017), la Fundación Universitaria Sanitas, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional de la misma, como consta en el registro SNIES No. 20538, llevó a cabo el acto solemne de graduación mediante el cual, previo juramento, otorga el título de

### ENFERMERA

A


### INGRID PAOLA MENA MENDIETA

Identificado(a) con C.C. No. 1.010.212.294 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para conferir dicho título profesional. Por lo tanto, se le hizo entrega del Diploma No. 17BO57PR000931 que lo(a) acredita como tal.

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

Firmada por: **MARIO ARTURO ISAZA RUGET** - Rector, **JORGE ANTONIO MARTÍNEZ BERNAL** - Decano Facultad de Enfermería, y **JOHNS STEVE NAVARRO LARA** - Secretario General.

Es fiel copia tomada del original, expedida en Bogotá, el veinticinco (25) de enero del año dos mil diecisiete (2017).

  
**JOHNS STEVE NAVARRO LARA**  
Secretario General

Escaneado con  
CamScanner



Resultado General - 2023-03-09--1:59:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1010212294	INGRID	PAOLA	MENA	MENDIETA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) INGRID PAOLA MENA MENDIETA identificada(a) con CC 1010212294 registra la siguiente información:

2023-03-09--1:59:48 PM


Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017-03-17	1010212294	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIANO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) MENA MENDIETA INGRID PAOLA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,010,212,294 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1414 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA EL ENTORNO HOGAR EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD-FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$53,462,956
FECHA DE INICIO	29/01/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	DE 26/03/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	DE NO APLICA
PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 (ENFERMERO)

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

- 1.Realizar el seguimiento al agendamiento de citas, gestión de citas con especialistas y digitadores del Entorno
2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud.
- 3.Realizar seguimiento a la efectividad de las activaciones de ruta generadas por el Entorno. 4.Realizar llamadas de seguimiento telefónico a las cohortes priorizadas (usuarios crónicos, gestantes, infancia) con el fin de identificar y gestionar riesgos en Salud. 5.Realizar visita domiciliaria periurbana diligenciando caracterización familiar para la identificación de riesgos en Salud.6.Realizar la toma de muestra de Covid19 por medio de hisopado nasofaríngeo de acuerdo a protocolo del Ministerio de Salud 7.Realizar caracterización a instituciones de Persona mayor para identificar riesgos en Salud de las personas institucionalizadas.8.Verificar la adherencia a tratamientos ordenados para personas con condiciones crónicas, identificación de factores de riesgo y signos de alarma, así como la información de rutas que se deben activar y el momento en los que se debe acudir a los servicios de Salud.9.Realizar seguimiento y acompañamiento telefónico al comportamiento de las condiciones de salud priorizadas a otros casos de la comunidad étnica con apoyo en las acciones implementadas por vigilancia comunitaria y epidemiológica de la subred en el marco del COVID-19. 10. Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionarlos con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y garantizar adherencia al tratamiento, 11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y el líder 12. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de Ia E.S.E. 13. Adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. 14. Las demás acciones que se requiriera de acuerdo a las necesidades de institución y del PIC.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los nueve(9) días del mes de Marzo de 2023.

Cordialmente,

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co*

Código de verificación: 2sántblt9g

**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>


Carrera 24e No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

55

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 VI



**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
Directora Operativa – Dirección de Contratación  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico [certificaciones.ops@subredsur.gov.co](mailto:certificaciones.ops@subredsur.gov.co)*

*Código de verificación: 2sdntbl19g*

*PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN: <http://siasur.subredsur.gov.co/validarCert>*

*Carrera 24e No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611*

*[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)*

*Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017*

*© Siasur - 2020*



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:23:25 PM horas del 09/03/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1010212294**

Apellidos y Nombres: **MENA MENDIETA INGRID PAOLA**

#### **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.



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: [djin.araic-  
ato@policia.gov.co](mailto:djin.araic-ato@policia.gov.co)





## 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, 09/03/2023 02:25:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1010212294** y Nombre: **INGRID PAOLA MENA MENDIETA**.

### 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. **55536475** . 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 Búsqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



ES UN  
**HONOR**  
SER POLICIA





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 218334702



WEB  
14:21:47  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de marzo del 2023

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) INGRID PAOLA MENA MENDIETA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010212294:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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





CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 09 de marzo de 2023, a las 14:22:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010212294
Código de Verificación	1010212294230309142240

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.



YEZID LOZANO PUNTES  
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14417386578



(415)7707212489984(8020) 000001441738657 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 0 2 1 2 2 9 4

6. DV

6

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 0 2 1 2 2 9 4

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 1 2, 2 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MENA

32. Segundo apellido

MENDIETA

33. Primer nombre

INGRID

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 9 ESTE 46 05 SUR BRR LA GLORIA

42. Correo electrónico

ingrid1223\_@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 9 7 9 3 5 5

45. Teléfono 2

3 1 3 4 1 7 0 0 2 0

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 0 1, 0 2

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 2

**Ocupación**

51. Código

2 2 2 4

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

**Exportadores**

54. Código

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI  NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha 2017 - 06 - 06

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

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

984. Nombre OBANDO PIZA CARLOS ALBERTO  
985. Cargo Gestor I



CE-006 - 0000000100 – 2023

### CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010212294
NOMBRES Y APELLIDOS	Mena Mendieta, Ingrid Paola
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/04/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mena Mendieta, Ingrid Paola, a los 09 días del mes de marzo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENA MENDIETA INGRID PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.010.212.294** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 25 de abril de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de marzo de 2023.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2023030914034



**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA  
DIRECCION DE SANIDAD**

63

**FORMATO INFORMACION DE TERCEROS**

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

<b>1.TIPO DE BENEFICIARIO</b>												
1.2 Consorcio o Unión Temporal <input type="checkbox"/>	1.11 Persona Natural Extranjera <input checked="" type="checkbox"/>											
1.2 Departamento <input type="checkbox"/>	1.12 Persona Natural Nacional <input type="checkbox"/>											
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera <input type="checkbox"/>	1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado <input type="checkbox"/>											
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera <input type="checkbox"/>	1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional <input type="checkbox"/>											
1.5 Establecimiento Público Nacional <input type="checkbox"/>	1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado <input type="checkbox"/>											
1.6 Gobierno Extranjero <input type="checkbox"/>	1.16 Regional sin NIT Especial <input type="checkbox"/>											
1.7 Municipio <input type="checkbox"/>	1.17 Resguardo <input type="checkbox"/>											
1.8 Otra Pública Departamental <input type="checkbox"/>	1.18 Sociedad de Economía Mixta <input type="checkbox"/>											
1.9 Otra Pública Municipal <input type="checkbox"/>	1.19 Universidad Pública <input type="checkbox"/>											
1.10 Otro Beneficiario <input type="checkbox"/>	1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado <input type="checkbox"/>											
<b>2.TIPO DE DOCUMENTO</b>												
2.1 Cédula de Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/>	2.4 Otro Tipo de Documento <input type="checkbox"/>											
2.2 Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/>	2.5 Pasaporte <input type="checkbox"/>											
2.3 Número de Identificación Tributaria <input type="checkbox"/>	2.6 Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>											
NUMERO DEL DOCUMENTO	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>9</td><td>4</td><td></td> </tr> </table>	1	0	1	2	2	1	2	2	9	4	
1	0	1	2	2	1	2	2	9	4			
<b>ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT</b>												
<b>3.TIPO DE RETENCION</b>												
3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente <input type="checkbox"/>	3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor <input type="checkbox"/>											
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>	3.6 Régimen Común <input checked="" type="checkbox"/>											
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor <input type="checkbox"/>	3.7 Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>											
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor <input type="checkbox"/>												
<b>4.NOMBRE O RAZON SOCIAL</b>	<u>INGRID PAOLA MENA MENDIETA</u>											
<b>5.PAIS</b>	<u>Colombia</u>											
<b>6.CIUDAD</b>	<u>Bogotá</u>											
<b>7.TELEFONO Y FAX</b>	<u>3105009298</u>											
<b>8.DIRECCION</b>	<u>Transversal 65 No. 59-21</u>											
<b>9.E-MAIL</b>	<u>paolamena9312@gmail.com</u>											

<b>4. INFORMACION DE LA CUENTA</b>														
1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA	<u>DAVIVIENDA</u>													
2.NUMERO DE LA CUENTA	<table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>7</td><td>7</td><td>0</td><td>6</td><td>7</td><td>7</td><td></td> </tr> </table>	0	0	8	3	0	0	7	7	0	6	7	7	
0	0	8	3	0	0	7	7	0	6	7	7			
3.CLASE DE CUENTA	CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/>													
<b>ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA</b>														

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 03/03/2023

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA



## CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,

09/03/2023

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **INGRID PAOLA MENA MENDIETA** con Cédula de Ciudadanía número **1010212294**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número

**008300770677**

Fecha de apertura

**28/11/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL**

FECHA 12-ene.-2022 HORA 11:38:14

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Ingrid Paola Mena Mendieta

Edad 28 años 20 días

Documento de Identificación: CC Número: 1010212294

Cargo ENFERMERA



APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Optometría**

Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. EXPLICO PAUSAS ACTIVAS VISUALES. FRECUENCIA DE PARPADEO, LUBRICANTE OCULAR, CONTROL SEGÚN P V E DE LA EMPRESA

Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES VISUALES PARA EL CARGO. EXPLICO PAUSAS ACTIVAS VISUALES. FRECUENCIA DE PARPADEO, LUBRICANTE OCULAR, CONTROL SEGÚN P V E DE LA EMPRESA

Otras Recomendaciones: Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 5/ Cuidados con la alimentación. 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al día. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable. 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral. 12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables.

14/ No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laboral y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

**AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:**

MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. / REMISION A EPS?: NO

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"  
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Trabajador

Firma

  
**Henry Orozco Solano**  
Médico Ocupacional  
C.C. 1010212294

Firma



Nombre: HENRY OROZCO SOLANO

Nombre: Ingrid Paola Mena Mendieta

RM: 12204756

Lic. SO:

CC N° 1010212294





1

66

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:** Autorizo a Servisalud ocupacional IPS., a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. Servisalud ocupacional IPS., me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizarán el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVIVALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVIVALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

**AUTORIZACION DE PROTECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:**

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a SERVIVALUD OCUPACIONAL IPS. la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVIVALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S. realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: Paola Mera M.  
Nombre: Ingrid Paola Mera Mendelá  
CC No. 1018217794



Bogotá 9 de marzo de 2023

Señores  
Dirección de sanidad  
Policía Nacional  
Ciudad-

Yo INGRID PAOLA MENA MENDIETA identificada con cedula de ciudadanía No. 1.012.212.294 certifico que de conformidad en lo establecido en el artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI\_\_\_ NO\_X\_ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1.400 UVT e inferiores a 3.500 UVT en el año gravable 2022.

*Paola Mena M.*

---

**INGRID PAOLA MENA MENDIETA**  
IDENTIFICACIÓN CC. 1.012.212.294



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICIA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 09 - Marzo - 2023

Hora: \_\_\_\_\_

Lugar de toma del consentimiento Bogotá

Yo, Ingrid Paola Mena Mendieta

Identificado con cédula de ciudadanía número 1010212294 de  
Bogotá


Mediante el presente documento legal autorizo para consultar los antecedentes en Línea en la página de la Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL habilitada con el número de cédula, de acuerdo a la Ley 1918 de 2019 donde se adiciona como inhabilidad "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidad a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones".

Firma Paola Mena M.

Postfirma Paola Mena M

Número de Cédula 1010212294



Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	 <b>POLICÍA NACIONAL</b>
Código: 1DT-FR-0016	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Fecha: 28-12-2017		
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Ingrid Pado Mero Mendieta Identificado con la cedula de ciudadanía No. 61022294, con domicilio en Bogotá, de la empresa DUAN- Policía Nacional, cargo Enfermera, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato X convenio        acuerdo        No.        del       , me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:


Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inicio al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

#### CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

Página 2 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	 <b>POLICÍA NACIONAL</b>
Código: 1DT-FR-0016	<b>DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y          COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA          INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS</b>	
Fecha: 28-12-2017		
Versión: 3		

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

**RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.**

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

**ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:**

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Bogotá, a los 09 (09) días del mes de Marzo del año 2023.

**EL CONTRATISTA O TERCERO**

Firma:  
 Post-Firma:  
 Identificación  
 Empresa:  
 Cargo:

Paola Mena M  
Paola Mena M.  
1010212294  
Oban - Policia Nacional  
Enfermera

Home > Reporte > Contratista

X

SECOPI

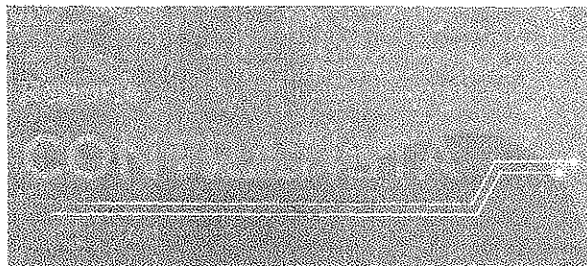
SECOPI II

PDDET

SALUD

ELECTORAL

DENUNCIAS



### Nueva Búsqueda

Empresa / Persona

Entidad

Departamento

1010212294



Los siguientes datos relacionan el histórico de sanciones, multas o cualquier otro reporte por delitos contra la administración pública que haya sido impuesto a una persona natural o jurídica.

**Nombre de persona o empresa**  
INGRID PAOLA MENA MENDIETA

**Nit / C.C.:**  
1010212294



- Sanciones disciplinarias
- Multas y sanciones contractuales
- Responsabilidades fiscales

## Reporte General

Este informe se basa en los contratos registrados en el Sist. Electrónico de Contratación Pública, (SECOPI), presentados a través del Portal de Datos Abiertos de Colombia.

Seleccione un año

Todos los años

### Lista de los contratos más cuantiosos

\*Para visualizar la información completa de los contratos, clic en link de Contrato.

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
1	\$53,462,956	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL COMO PROFESIONAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2022-01-29	2023-03-26	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
2	\$40,412,103	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2020-06-04	2021-04-30	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
3	\$34,049,400	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2019-03-06	2020-01-31	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
4	\$28,209,510	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL U ...	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POL ...	2022-05-23	2023-04-07	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
5	\$21,794,844	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO ENFERMEROA PARA EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN S ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2021-05-01	2021-10-31	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
6	\$12,691,140	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2020-02-01	2020-06-03	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>
7	\$6,000,000	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2019-01-02	2019-02-28	BOGOTA	<a href="#">🔗</a>

	PACO	Reporte	Mapa de noticias	Indicadores	Normatividad	Denuncia	Contacto
X		DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	INTEGRADA DE SERVICIOS ...	SI			
SECOP	9	\$3,000,000	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2018-11-16	2018-12-31	BOGOTA
SECOP II							
FDET	10	\$2,478,524	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTION ADMINISTRATIVA YO ASISTENCIAL EN EL ...	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS ...	2018-12-20	2019-01-15	BOGOTA
SALUD							
ELECTORAL							

Mostrando registros del 1 al 10 de un total de 10

Anterior

1

Siguiente

DENUNCIE

### Entidades

Entidades con mayor número de contratos adjudicados discriminados por: Número de procesos, Departamento y Municipio.

### Gráficas del reporte

Para visualizar gráficas seleccione una opción:

Reporte exploratorio SECOP

Número de contratos por mes - año

Cantidad y número de contratación por año



Powered by Secretaría de Transparencia



¿Eres conocedor de un hecho de corrupción?

Denuncia